

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE



POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

SWICK ARTHUR

Né le 28 Septembre 1902, à PROSCUROW (Russie)

Contribution à l'étude des délires
d'allure mystique au cours
des états épileptiques

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur.

GAP

Imprimerie Louis JEAN, 6, Avenue de Provence

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153705_0049

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

SWICK ARTHUR

Né le 28 Septembre 1902, à PROSCUROW (Russie)

Contribution à l'étude des délires
d'allure mystique au cours
des états épileptiques

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur.

GAP

Imprimerie Louis JEAN, 6, Avenue de Provence

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiatrie.
BÉNARD Henri ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BULLIARD	Histologie
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
FALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) ..	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LÉVY (Mlle J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neuro-psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ...	Pathologie chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
Petit DUTALLMS.	Pathologie chirurgicale
PIÉDELIEVRE ...	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET	Physiologie
SANNIE	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale
AUBERTIN	Clinique médicale.	METZGER	Clinique obstétricale
BRULÉ	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	CADENAT	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER ...	Clinique chirurgicale.
HARVIER	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LIAN	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
GUENIOT	Clinique obstétricale	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale		

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBART	Radiologie clinique.
WEIL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage d'affection profonde
et de respectueuse reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A LA MEMOIRE
DE MADAME HARRIET HALE WOOLLEY

A MADAME SELIGMANN-LUI

A Monsieur le Professeur H. CLAUDE

*Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.*

Que nous remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant de
présider cette thèse.

Faible témoignage de notre profonde
gratitude.

A Monsieur le Docteur PIERRE JANET

*Membre de l'Institut,
Professeur au Collège de France.*

A Monsieur le Docteur LEVY-VALENSI

Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Médecin des hôpitaux.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur J. DUBLINEAU

Chef de Clinique à la Faculté.

Médecin des Asiles.

qui nous a donné l'idée de ce travail
et nous a aidé dans son élaboration.

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposés de reprendre la question des syndromes d'allure mystique au cours des états épileptiques.

La question n'est pas nouvelle. Deux ordres de faits cependant nous ont paru lui redonner un intérêt d'actualité :

1° d'une part, les rapports de certains états à type mystique d'allure plus ou moins anormale, avec les faits de constitution épileptoïde, tels qu'ils sont actuellement connus.

2° D'autre part, la structure même des états comitiaux, telle qu'elle résulte d'études récentes, en particulier, des faits décrits par MM. CLAUDE et EY sous le nom d'états hyponoïdes.

Cependant, une réserve s'impose : les délires dits mystiques paraissent actuellement assez rares au cours de l'épilepsie. Certains auteurs (M. MARCHAND, en particulier) affirment qu'ils ne sont pas plus fréquents dans l'épilepsie que dans les autres psychoses. Ici intervient probablement un fait d'ordre général. On sait combien les délires extériorisent des tendances antérieures du sujet. Peut-être faut-il voir, comme on l'a dit, dans la moindre fréquence actuelle des délires mystiques, une restriction ou du moins, une orientation différente des tendances mystiques dans l'esprit des masses ? Quoi qu'il en soit, en dehors de la notion de fréquence, se pose à notre sens une question d'intérêt doctrinal. L'étude des délires mystiques n'est qu'un élément d'une étude générale des délires, dans laquelle elle doit s'intégrer à la lumière des notions récemment soutenues sur la nature de ces derniers,

Dans ce travail nous commencerons par rappeler dans quel esprit doit être conçue la notion si difficile à définir de *délire mystique*. Nous rappelons d'ailleurs que le terme de mystique est souvent utilisé dans un sens trop général; il s'agit plus souvent de délires d'allure mystique que de délires mystiques proprement dits.

Après un historique des rapports de l'épilepsie et du mysticisme pathologique nous rapporterons des exemples antérieurement publiés de délires mystiques au cours d'états épileptiques avérés : ce sont des faits classiques. Ils n'ont d'intérêt que pour expliquer ceux, plus complexes, que nous envisagerons ensuite.

Parmi ces derniers, nous étudierons les rapports des délires du type mystique avec l'épilepsie larvée, en citant à l'appui une observation, récemment publiée, de la Clinique du Professeur CLAUDE.

Nous préciserons ensuite les relations de certains états mystiques avec des formes plus frustes encore d'épilepsie. Ici nous placerons les discussions sur la religiosité des épileptoïdes, à l'occasion d'une observation de la Clinique, et la discussion de certains états où il est possible d'envisager une hérédité comitiale, au cours d'un syndrome d'autre nature, schizomaniaque, par exemple.

Restera à aborder, après d'autres auteurs, le problème de la pathogénie; nous constaterons l'intrication existant entre les éléments organiques, psychiques, constitutionnels, pédagogiques et éducatifs dans la genèse même des délires; aucune explication (psychogénique ou organiciste) n'est suffisante en soi; ce n'est là qu'une application particulière aux états mystiques délirants, de ce que l'on observe sans les délires en général. Les délires mystiques de l'épilepsie, nous le répétons, obéissent aux lois générales des délires telles qu'on peut les concevoir actuellement.

CHAPITRE PREMIER.

GENERALITES

Nous croyons devoir, en quelques mots, rappeler la définition, les limites et la sémiologie des délires mystiques.

1. *Définition et limites des délires mystiques.*

Nous n'avons pas la prétention d'exposer en quelque pages des notions qui ont fait l'objet de discussions importantes. Nous voudrions simplement définir le terme dont nous nous servons.

DUPAIN, dans sa thèse, qui reste un ouvrage de base pour l'étude du délire religieux en général, rappelle que l'on a opposé la folie religieuse, entité morbide spéciale, au délire religieux qui, lui, n'est qu'un symptôme que l'on doit s'efforcer de classer dans un des groupes de l'aliénation mentale. C'est d'ailleurs, pour DUPAIN, le seul délire religieux qui importe pratiquement et dont il faille s'occuper.

Ces idées religieuses délirantes dénotent un trouble du jugement; elles se traduisent « par des paroles ou des actes en contradiction avec celles de la moyenne de la société ». Ayant en vue surtout le délire religieux systématisé, l'auteur lui décrit deux phases. Dans un premier stade, ces idées, qui prennent leur point de départ dans une base erronée, conservent cependant une allure logique; au cours d'une deuxième période, l'intelligence cesse de fonctionner et le malade sombre dans la démence; il y a alors le plus souvent atteinte de

la totalité de l'intelligence, délire dans tous les domaines et non plus simplement dans le domaine religieux.

Nous nous efforcerons d'isoler quelques-uns des caractères différentiels entre les délires mystiques ainsi conçus et le mysticisme non délirant.

Qu'est-ce que le mysticisme ?

Ce terme a été employé dans des occasions si diverses que l'on ne se fait pas toujours une idée bien nette de ce qu'il veut dire : on a parlé de mystique de l'amour, de la guerre ; c'est élargir le sens du mot qui, isolément, n'a qu'une acception religieuse ; c'est pratiquement dans ce dernier sens que nous le prendrons.

LALANDE dans son dictionnaire philosophique le définit ainsi : « La croyance en la possibilité d'une union intime et directe de l'esprit humain au principe fondamental de l'être..., c'est l'ensemble des dispositions affectives, intellectuelles et morales qui se rattachent à cette croyance. »

POUR LHERMITTE : « L'élan mystique, cette aspiration vers un idéal supérieur aux données recueillies par les sens, jointe au désir d'éprouver le divin par la connaissance directe et par l'amour, ébranle non seulement l'âme mais l'organisme tout entier. »

Le mysticisme traduit, en somme, l'union, la communication, qui veut être complète, entre l'esprit humain et Dieu ; cette tendance, le plus souvent, ne va pas au delà d'une orientation spéciale de l'être, de son intelligence, de son effectivité, de sa volonté. Mais, dans les cas extrêmes, elle se manifeste plus intensément ; c'est alors l'extase, manifestation à la fois psychique et physique, avec immobilité progressive du corps et perte de la conscience du monde extérieur, sensation de joie intérieure infinie.

Des très nombreuses analyses qui ont pu être données de l'état mystique, nous ne rappellerons que celles de JAMES; pour cet auteur, le mysticisme suppose des états de conscience qui sont les suivants :

1) L'ineffabilité qui fait de l'état mystique un état de conscience incommunicable, « à cet égard les états mystiques sont plutôt des sentiments que des idées » ;

2) L'intuition qui donne aux mystiques des connaissances en dehors de la raison discursive ;

3) L'instabilité, surtout celle des paroxysmes, qui ne sont jamais des états constants ;

4) La passivité qui est plus qu'un caractère : une condition de production des grands états mystiques.

En fait, jusqu'ici nous n'avons en vue que le mysticisme vrai ; or, celui-ci évoque un ensemble d'états qui, par définition, échappent à la psychiatrie ; nous n'en avons rappelé l'aspect que pour mémoire.

Ce qui nous intéresse, c'est de reconnaître à quels caractères nous pourrions dire que le mysticisme est délirant.

Il ne saurait s'agir de définir ni de caractériser l'idée délirante ; cela nous mènerait trop loin.

ESQUIROL, en 1814, donne du délire la définition suivante : « Un homme est dans le délire lorsque ses sensations ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, ses jugements et ses déterminations ne sont pas en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations sont indépendants de sa volonté. »

Pour Achille FOVILLE, le terme délire désigne le désordre des facultés mentales ; pour BALL, le délire est un trouble morbide

de l'état psychique, qu'il atteigne la sphère intellectuelle, la sphère sentimentale ou celle des actes et de la volonté.

Pour RÉGIS et SEGLAS, c'est l'idée contraire à l'évidence des faits réels. Pour LÉVY-VALENSI c'est « celle qui *paraît* inadéquate au temps, à l'individu, à sa situation ».

Le critère qu'en somme proposent ces définitions, est le « bon sens », la « vox populi », comme le dit LÉVY-VALENSI. Pour le mysticisme qui nous occupe et qui s'attache à des objets dépassant le sens commun, elles ne suffisent plus.

Quels sont les traits qui nous permettrons de caractériser une idée délirante mystique ?

Parmi ces critères, on peut dire très schématiquement que certains sont communs à tous les états mystiques quels qu'ils soient ; d'autres spécifient au contraire le délire mystique proprement dit.

A. — Critères communs.

A ne reprendre que les éléments individualisés par JAMES, il est facile de se rendre compte que la plupart, pour ne pas dire tous, pourraient être retrouvés dans le délire mystique le plus évident. Sans vouloir multiplier les exemples, nous ne ferons que rappeler une observation publiée par MM. CLAUDE et DUBLINEAU. Il s'agissait d'un délire d'allure mystique, à forme intuitive et pseudo-allucinatoire. Passivité, évolution paroxystique et, sous certaines réserves, ineffabilité (il existait chez cet homme un besoin évident de compensation effective) auraient pu y être retrouvées. En réalité, tous ces états, sauf à coup sûr, l'intuition qui traduit au plus haut point l'entrée d'emblée dans le délire, n'existaient que d'une façon schématique et, en somme, caricaturale. Nous insisterons donc d'emblée, dans les critères différentiels entre le mysticisme

vrai et le délire mystique, sur ce caractère *incomplet, inachevé, fantômatique*, de l'état mystique dans la plupart des délires qui portent ce nom.

B. Critères particuliers.

Ils dérivent tous plus ou moins de cette distinction fondamentale; ce sont d'ailleurs, pourrait-on dire, ceux du délire en général.

Avec LHERMITTE nous en retiendrons trois principaux :

- dispersion de l'activité psychique,
- persistance de la distinction entre le moi et le non-moi,
- absence de tendance active.

a) *Dispersion de l'activité psychique*, dit LHERMITTE, « incohérence des processus élémentaires, affaiblissement de la synthèse psychologique, fantaisies imaginatives. »

b) *Distinction entre le moi et le non-moi* : chez les mystiques « la conscience se rétrécit de plus en plus et surtout, fait capital, la barrière qui sépare la conscience de soi et la conscience du monde extérieur s'efface et disparaît. Il n'y a plus d'opposition entre le moi et le non-moi, tandis que celle-ci persiste intacte pendant l'activité onirique. »

c) Le troisième point, sur lequel insiste le Professeur CLAUDE dans son enseignement, est également considéré par LHERMITTE comme capital, à savoir : le caractère *actif* du mystique vrai qui s'oppose au délire mystique dont ne sort aucune œuvre. Le mystique est ardent au prosélytisme, à la charité. Jamais de tels faits ne s'observent chez le délirant mystique ou, dans le cas contraire, déformés par l'absurdité de la conduite du sujet.

Pour GELMA, deux points également seraient importants :

- la prévalence de l'idée délirante,
- l'association à d'autres troubles morbides.

« La pensée religieuse morbide ne revêt d'ailleurs, en elle-même, aucun caractère qui lui soit propre. Le terme paranoïa religieuse a une compréhension assez mal délimitée. Le délire mystique tient du délire de persécution, du délire érotique, du délire de grandeur, du délire hypocondriaque, du délire mélancolique. Il fait en somme corps dans un délire expansif ou dépressif, où il emprunte en plus ou moins grand nombre des éléments représentatifs à une ou plusieurs dogmatiques religieuses. Mais la pensée religieuse morbide ne garde que des analogies purement accidentelles avec la foi, avec la religiosité et même avec la mystique. Elle est du délire et en cela elle ne diffère pas des autres pensées morbides. »

« La pensée délirante a des caractères qui lui appartiennent bien en propre; celle-ci est dirigée suivant des courants affectifs intenses qui moulent, dans des catégories qui lui sont particulières, le monde extérieur. De là vient cette incapacité foncière d'entrer en controverse utile avec le délirant, de lui faire abandonner des conceptions qu'il maintient contre l'assentiment unanime des membres de la collectivité. »

Et ailleurs :

« La nature vésanique apparaît surtout évidente dans son encadrement par les autres symptômes psychotiques de la maladie, plus ou moins discrets, qui ne font jamais défaut, car le délire n'est qu'un symptôme parmi les autres symptômes. »

2. *Sémiologie.*

Sans vouloir tracer ici le tableau, bien connu, des états délirants mystiques, nous rappellerons seulement quelques faits que nous retrouverons à propos de la pathogénie :

1) L'importance de l'élément *intuitif* dans l'apparition des idées délirantes se retrouve même dans les syndromes d'influence à thème mystique. Les apports intuitifs entretiennent et enrichissent le délire.

2) L'importance des éléments *visuels*. Si nous insistons une fois de plus sur ce fait, c'est que l'atmosphère dans lequel se déroule l'état mystique, intermédiaire entre le rêve et la fiction, évoque moins des faits d'*onirisme vrai* que des manifestations à type *oniroïde*. Il s'agit là d'états de semi-conscience au cours desquels le délire se développe, sous forme d'afflux idéiques, plus ou moins intuitifs.

3) D'autre part, on retrouve au cours des états mystiques les impressions spéciales d'extase, de ravissement, d'indéfinissable, rappelant celles indiquées récemment par MM. CLAUDE et Ey sous le nom d'états *dysesthésiques*.

Cette structure dysesthésique s'oppose schématiquement à la structure du rêve. En fait, elle lui est en clinique très souvent associée; l'ensemble des faits peut être englobé (CLAUDE et Ey) sous l'épithète d' *états hyponoïdes*.

CHAPITRE II.

LES DELIRES MYSTIQUES DANS L'EPILEPSIE.

1. *Historique.*

A. **En France :**

ESQUIROL signalait au cours de l'épilepsie l'existence assez fréquente de monomanie à type fréquemment hallucinatoire ; il ne précise pas et ne parle pas plus explicitement du délire religieux.

Il en est tout autrement dans les œuvres de MOREL où nous trouvons exposée tout au long l'idée qui nous intéresse. Il signale « la mélancolie religieuse des épileptiques au début de leur affection », et, d'une façon plus générale, insiste sur « l'émotivité religieuse » de plusieurs malades de cette catégorie, religiosité dont le caractère morbide lui paraît bien démontré par l'association fréquente à un érotisme sans frein.

VOISIN cite plusieurs observations d'épileptiques qui font un délire post-critique à allure mystique ; tantôt ce délire est purement mystique, tantôt cette note ne représente qu'un des multiples thèmes du délire. Et, comme le faisait ESQUIROL pour les monomanies des épileptiques, VOISIN relève particulièrement la tendance hallucinatoire de ces malades qui croient fréquemment voir Dieu, la Vierge ou le Diable.

MAGNAN note également la fréquence des idées religieuses dans les délires des épileptiques ; cela ne constitue pour lui que l'exagération des sentiments habituels de ces malades. Il

observe, en outre, et insiste sur ce fait, qu'il n'y a aucun rapport entre l'importance de la crise et celle du délire; de même, il remarque qu'on voit éclater ces manifestations du délire mystique aussi bien après une crise épileptique vraie qu'après un équivalent.

Pour Gilbert BALLET « les délires mystiques s'observent fréquemment dans les paroxysmes délirants d'origine épileptique ». Bien souvent, dit-il, l'épilepsie causale ne sera pas des plus nettes, mais il faudra savoir la soupçonner en présence d'un délire religieux qui débute brusquement, qui présente des caractères d'incohérence, d'onirisme et d'amnésie consécutive, celle-ci n'étant cependant pas constante chez les délirants. Il insiste, en outre, lui aussi, sur le caractère hallucinatoire de ces délires.

Dans une leçon sur la folie religieuse, BALL également parle de l'association entre idées délirantes et épilepsie : « Des troubles du système nerveux viennent parfois se combiner aux premiers symptômes de l'état vésanique » (de folie religieuse) et il cite l'épilepsie.

Ici se place la thèse de DUPAIN (1888) qui, envisageant le délire religieux dans la psychiatrie en général, cite au passage des observations d'épileptiques ayant eu des délires à type mystique. Pour lui « il est assez fréquent de rencontrer dans la folie épileptique quelques préoccupations religieuses ou mystiques ».

Parmi les auteurs plus récents, CHASLIN a observé la fréquence de l'origine comitiale des délires mystiques; il en cite d'ailleurs une observation très caractéristique et, à plusieurs reprises, insiste sur ce fait que l'on doit toujours rechercher l'épilepsie à l'origine d'un délire à allure religieuse, surtout si celui-ci est de courte durée.

REGIS, dans son précis, cite « parmi les différentes formes qu'affecte l'état mental des épileptiques, une tendance à la piété malade, à une espèce de religiosité outrée, mêlée de tartufferie et qui n'est jamais aussi marquée qu'à l'époque de leurs accès ».

Pour ROGUES DE FURSAC, « la personnalité épileptique » comprend aussi une « religiosité morbide, non constante, mais fréquente, ne considérant que le côté matériel des religions sans influence aucune sur la moralité du sujet. »

LÉVY-VALENSI se montre également affirmatif; pour lui, l'épileptique « peut faire étalage d'une excessive religiosité », ce caractère étant comme l'état mental tout entier de l'épileptique, empreint d'instabilité qui le fait tantôt paraître calme, tantôt éclater en paroxysmes d'une extrême intensité.

B. A l'étranger :

Nombre d'auteurs insistent sur les rapports du mysticisme délirant et de l'épilepsie.

1. *En Angleterre*, vers la seconde moitié du XIX^e siècle, les observations de BURROWS nous en donnent déjà des exemples.

En 1889, BEVAN LEWIS pouvait écrire : « Les épileptiques présentent souvent une religiosité assez marquée ; on peut les distinguer parmi les autres débiles mentaux par leur application exagérée aux formalités et aux rites de la religion ; ils répètent les textes de la Sainte-Ecriture, lisent constamment la Bible, chantent des cantiques, s'agenouillent pour prier aux occasions les plus triviales et font preuve d'une piété ridicule ».

Plus récemment, HENDERSON et GILLEPSIE écrivent : « On

observe chez les épileptiques, longtemps avant l'apparition des convulsions, un égoïsme exagéré, avec une diminution assez marquée de la sensibilité émotive, se traduisant surtout par une religiosité hypocrite ».

2. *En Allemagne*, KRAEPELIN insiste sur la religiosité de certains épileptiques : « il est assez dévot, ce qui est fréquent chez les épileptiques » ; plus loin, il signale « la bigoterie » de ces mêmes malades ; il publie quelques observations de délires à allure mystique post-critiques.

Pour KRAFFT-EBING, le thème religieux est souvent emprunté par les délires épileptiques, d'une façon intermittente ou continue. L'auteur distingue en outre :

1° « L'état crépusculaire avec délire religieux expansif » qui soit survient après une crise, soit lui sert d'équivalent.

2° Le délire post-épileptique prolongé.

3° La folie circulaire épileptique.

Dans toutes ces formes nous retrouvons avec lui des idées délirantes à allure mystique, parfois empreintes de théomanie, voire de démonomanie, avec des périodes d'extase, mais toujours, selon lui, à thème monstrueux ou féérique. Cet auteur insiste, en outre, sur la fréquence des hallucinations et sur la possibilité, comme dans tout état épileptique, d'amnésie ultérieure.

3. *En Suisse*, l'étude la plus récente, à notre connaissance, sur la question est celle de BOVEN (1919).

Cet auteur, étudiant grossièrement le contenu des thèmes délirants chez 53 épileptiques, trouve par ordre de fréquence :

- | | |
|---|----------|
| 1° Le sentiment d'angoisse et de culpabilité .. | 33 fois, |
| 2° Les idées mystiques | 23 fois, |
| 3° Les idées de préjudice | 20 fois, |
| 4° L'euphorie et les délires de ce type | 13 fois, |
| 5° Les délires de grandeur | 6 fois. |

Au total, la symptomatologie des délires épileptiques comporterait une triade :

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{préjudice,} \\ \text{mysticisme,} \\ \text{dépression,} \end{array} \right.$$

avec « assez souvent » euphorie et idées de grandeur. En fait, le mémoire de BOVEN est moins important par cette statistique sommaire que par les hypothèses pathogéniques qu'il contient sur la genèse du sentiment religieux ; hypothèses que nous retrouverons ultérieurement.

4. *En Russie*, GOLDBLATT, en 1928, sur 105 épileptiques, en compte 33 qui présentent une religiosité pathologique.

Ainsi donc, tant en France qu'à l'étranger, on a insisté depuis longtemps sur la fréquence du délire d'allure religieuse chez les épileptiques.

Actuellement cependant, certains auteurs admettent moins volontiers cette fréquence. M. MARCHAND, dont on connaît les beaux travaux sur l'épilepsie, a bien voulu nous donner son avis sur la question. Nous le remercions de nous avoir autorisé à le publier ici. En effet, depuis quelques années, parmi de nombreux épileptiques que cet auteur a eu l'occasion d'observer, il n'en a vu qu'un nombre très restreint dont le délire ait revêtu une forme mystique ; l'auteur attribue cette rareté à l'importance de l'éducation religieuse, moindre aujourd'hui qu'autrefois.

2. *Observations.*

Nous diviserons les observations en deux parties. Dans la première, nous rapporterons des observations typiques, recueillies dans divers auteurs, de délires mystiques survenant en période confusionnelle chez des épileptiques avérés.

Dans la deuxième, nous reproduirons une observation du service de la Clinique, récemment publiée par MM. CLAUDE, DUBLINEAU et RUBENOVITCH; elle concerne un cas de délire mystique dans lequel l'état comitial n'a pu qu'être soupçonné d'après la forme du délire et les circonstances qui l'accompagnaient.

A. Délires mystiques chez des épileptiques avérés.

OBSERVATION I.

MAGNAN.

Folie épileptique avec délire religieux.

M.... Georges a 37 ans. Sa femme ne savait pas qu'il fût épileptique bien qu'elle eût remarqué quelquefois des convulsions pendant la nuit. A sa première entrée, il était en plein accès maniaque, avec des idées mystiques accompagnées d'idées ambitieuses, parlant d'un ton emphatique et hautain et prenant des poses théâtrales; il voyait la Vierge, le Créateur, etc. Son accès dura 3 jours après lesquels il ne se souvenait de rien. Au bout de quelques semaines il fut rendu à sa famille.

Plus tard, cet homme, dont l'existence était très régulière, fut pris de vertiges fréquents, suivis eux-mêmes presque tout les mois, d'un accès de délire de courte durée, débutant et cessant brusquement. Sa femme, qui s'y habitait, ne s'en montrait nullement préoccupée, se contentant d'observer et de surveiller son mari. Tous ses accès se ressemblaient et présentaient les mêmes caractères au début M... se disait *fil de Dieu*, parlait de ressusciter son père, déclamaient, présentait même des intervalles de lucidité tels, que sa femme, le voyant non délirant, croyait à la fin de l'accès alors qu'il n'était pas terminé. Puis, après un jour ou deux de délire, il revenait à la vie réelle et niait d'avoir jamais parlé de Dieu. Une fois, cependant, les faits faillirent prendre une tournure plus grave; Georges, qui se promenait avec sa famille, eut une attaque suivie de délire, et en se disant toujours *fil de Dieu*, il voulut faire agenouiller sa femme pour l'immoler, le

moment du sacrifice étant arrivé, disait-il. Celle-ci, croyant à une simple plaisanterie de malade s'y prêta de bonne grâce, en attendant l'intervention de passants, qui arrêterent son mari. On frémit à l'idée de ce qui aurait pu se passer si la scène avait eu lieu à la maison, loin de tout secours. Sa femme, dans un sentiment de frayeur, n'eût sans doute pas manqué de chercher à fuir plutôt que de se prêter aux exigences de son mari, mais celui-ci l'eût probablement tuée avec ce qui lui serait tombé sous la main.

Quand M... arriva le lendemain dans le service, il était en proie à la plus vive excitation, cherchait à frapper dès qu'on tentait de lui résister, et croyait être mort, puis s'être fait ressusciter à l'aide d'un moyen qui devait faire vivre tout le monde éternellement. Dieu, disait-il, est un anagramme composé de quatre lettres : le D signifie destin ; le I représente l'idée ; E éternité et U unité. Notre malade entra à ce sujet dans des discussions ornées d'une telle richesse de détails, qu'en s'en tenant simplement à un premier examen, on aurait pu le prendre pour un délirant chronique.

Il voyait sa cellule s'agrandir et diminuer sous l'influence d'opérations physiques qu'il dirigeait, et, chose curieuse, sur laquelle M. MAGNAN insiste, pour bien graver dans l'esprit à quel ordre de perturbation intellectuelle nous avons affaire ; il eut avec le malade une conversation d'une demi-heure, au cours de laquelle il lui répondit avec une certaine lucidité sur toutes les questions ; et malgré cela, le lendemain, après la chute brusque du délire, il fut impossible de rappeler au malade la moindre trace de la conservation.

Au total, chez ce malade existent des épisodes délirants mystiques assez courts à type d'équivalents avec amnésie consécutive.

OBSERVATION II.

KRAFFT-EBING.

Délire religieux de nature expansive post-épileptique.

Wanner, 15 ans, apprenti forgeron ; son père avait été atteint de plusieurs attaques de folie. Il a eu, lui, des convulsions à la période de dentition. S'est fait remarquer de bonne heure par un caractère extrêmement irritable et méchant. Ses accès, les uns vertigineux, les

autres complets, se sont montrés ultérieurement quatre à cinq fois par mois. Ils s'annonçaient par la sensation de vertige et de lancements dans la tête. Six semaines avant son admission, qui eut lieu le 11 décembre 1878, il fut atteint, à la suite d'un état de mal, d'un épisode d'exaltation tout particulier, dont la répétition amena précisément le malade à l'asile. On constate à ce moment un profond désordre de la connaissance, de l'incohérence dans les idées, une gaieté exultante; il danse en cercle, chante, déclame, a un style embrouillé, absolument dépourvu de sens, *aspire à monter au ciel qu'il voit ouvert devant lui*, et prétend être venu ici par *intercession de la divine Providence*. Sa physionomie est celle d'un illuminé en même temps qu'elle reflète son incohérence. Il ne vit réellement plus sur la terre. Le 15 janvier, dès le matin, il est soudain redevenu lucide et ne se rappelle rien de ce qu'il lui est arrivé. En dehors d'une configuration du crâne légèrement hydrocéphalique, il est impossible de trouver chez ce patient des tares somatiques. On constate bientôt chez lui les anomalies du caractère désignées sous le nom de *caractère des épileptiques*. Des moins affables, il est intolérant à l'égard de tous, morose, insupportable, malveillant. Ne souhaitant que plaies et bosses, incapable d'une bonne action, semant la zizanie et entrant, sous le prétexte le plus futile, dans la colère la plus violente. On a beau lui donner 10 gr. de KBr par jour, le nombre et la violence des accès n'en sont aucunement influencés. Le 16 mai, état de mal de 4 accès, depuis légère stupeur; le 18 du même mois, dans l'après-midi, en contemplation les yeux obstinément fixés au ciel, il remue les lèvres et se met ensuite à chanter. Sa mine est celle d'un illuminé, sa connaissance est réduite à celle d'un individu qui serait réduit à un état de somniation profonde. Il tourne en rond dans sa cellule, chantant *dans le ton d'un chant d'église, des cantiques* d'actions de grâces en l'honneur de Dieu. Le soir, il saute au cou du médecin, qui fait la visite et, s'écriant: « *Dieu chéri, je te possède si volontiers* » puis il continue ses cantiques. Il s'endort à 3 heures du matin. Le 19, il dort beaucoup; de temps à autre, pendant quelques heures, exaltation et chants religieux; le 20, état d'obnubilation mentale, on ne constate plus que quelques traces de délire religieux. Ceci se poursuit jusqu'au 22. A ce moment, il redevient subitement lucide, sans avoir conservé la plus petite notion de ce qui s'était passé. Après cela, comme auparavant, il conserve son caractère épileptique et ses accès convulsifs continuent.

Cette observation est conforme à l'opinion de KRAFFT-EBING,

d'après laquelle un délire quelconque, à condition qu'il porte l'empreinte du délire épileptique, est toujours consécutif à un ictus observé ou inaperçu.

OBSERVATION III.

KRAFFT-EBING.

*Etat de délire terrifiant post-épileptique avec épisode
de délire religieux à forme expansive.*

H., 25 ans, fils de paysans, reçu le 14 février 1875. Une sœur épileptique; a souffert de convulsions pendant sa dentition; n'a pu apprendre à parler qu'à 3 ans. En 1858, l'épilepsie se déclare, sans cause appréciable. Au début, les accès reviennent deux à trois fois par jour, puis tous les quinze jours, mais plus graves, et d'une durée plus longue. Grande excitabilité mentale, baisse mentale progressive. Depuis l'âge de 20 ans, de temps en temps, à la suite d'un état de mal, épisodes de délire terrifiant qui sont caractéristiques : le délire se montre quelques heures après les ictus épileptiques qui laissent à leur suite de l'incohérence et du désordre dans les idées, et durent jusqu'à huit jours consécutifs. Le malade fait claquer ses mains. Il voit son père qui le menace; il prend les personnes qui l'entourent pour des ennemis. C'est ainsi parfois que commence son délire; tandis qu'il dure, il existe un trouble profond de la connaissance, du désordre et de l'incohérence dans les idées : « Le Seigneur, notre Dieu, ne m'abandonne pas. Vous m'assassinez, nous nous reverrons en enfer ». Le malade, rage, se bat avec les gardiens, se défend d'une façon désespérée, ne tolère pas ses vêtements, déchire tout, se roule dans la paille. Généralement à la fin du paroxysme, il chante, jubile, se fait de la paille et de ses hardes une sorte d'autel autour duquel il exécute des danses; il se croit au ciel. Etat d'obnubilation persiste pendant quelques heures jusque plusieurs jours après le délire. Amnésie absolue pour tout ce qui se passe pendant ce temps. Strabisme convergeant depuis son enfance; la pupille gauche plus dilatée que la pupille droite. A la suite d'un court séjour à l'hôpital il est pris d'un état de mal et meurt. 1

Au total, délire post-épileptique avec épisode religieux et amnésie totale consécutive, survenu chez un sujet héréditairement taré (sœur épileptique) et ayant lui-même présenté à l'autopsie un foyer encéphalitique ancien à l'extrémité du lobe frontal gauche.

OBSERVATION IV.

KRAFFT-EBING.

Délire épileptique religieux expansif.

Tscherny, 50 ans, journalier, fut atteint pendant son enfance de convulsions; une épilepsie s'ensuivit. Les accès, qui d'abord ne se montraient que toutes les deux semaines, puis à quelques jours de distance, représentaient les caractères de l'épilepsie classique. Dans ces dernières années, il s'y est ajouté un délire religieux qui nécessita son admission à l'asile. On put l'y observer pendant six ans, pendant lesquels on constata qu'il s'agissait d'une épilepsie idiopatique dont les accès survenaient à plusieurs jours d'intervalle précédés par une excitabilité croissante et se terminaient par un état d'obnubilation mentale. Le bromure de potassium n'eut qu'un résultat douteux. On ne constate aucune anomalie crânienne. Aucune perturbation des organes de la vie végétative. Il existe un degré modéré de débilité mentale. Le malade est un modèle du caractère épileptique. C'est un homme morose, extrêmement irritable, bigot, superstitieux crédule, qui n'a constamment que Dieu à la bouche, qui porte son livre de messe à toutes les heures de la journée dans sa poche, qui se montre affecté de la perversion du monde et qui pousse soupir sur soupir en y pensant. Il lève les yeux au ciel, les baisse et les agite de mouvements discrets dès qu'on parle devant lui de quelque chose de divin; il se montre pénétré de l'amour et de la bonté de la Providence; mais, en revanche, que l'un de ses camarades vienne le moins du monde troubler la sérénité de ses contemplations, et le repos de ses méditations saintes, il n'hésite pas à le brutaliser et à se rejeter sur les autres de cette infraction, leur en faisant subir toutes les conséquences, semant la zizanie sous prétexte que la religion est

en danger. Il fait bande à part, ne travaille pas ; vit tout en Dieu, ne pense qu'à la vie future, considère son séjour à l'asile comme un martyre dont Dieu le dédommagera. Trois ou quatre fois par an, tantôt avant, tantôt après les états de mal, rarement sans que ceux-ci se soient montrés, et il faut alors qu'il ait éprouvé une déception, il s'agite, il s'emporte, et tonne d'abondance, sans modération, sur l'impiété, l'iniquité des gens qui l'entourent. Puis, sa connaissance se troublant, il les prend pour des diables, croit la religion en danger, croit devoir la défendre, exterminer les ennemis de Dieu ; rage, donne aveuglément des coups autour de lui, demande à être crucifié pour la vraie foi. A l'acmé du paroxysme, il tombe en extase, voit Dieu face à face, se frappe la poitrine et déclare qu'il est le véritable Homme-Dieu, le Christ, le vrai champion de Dieu, prophète et martyr. Il a voulu se faire crucifier pour la vraie foi, mais quand il voulut mettre à exécution son idée, il s'aperçut qu'un être déjà était attaché à la croix. Episodiquement, il rage et se livre à des actes de fureur contre les gens de son entourage profane qu'il prend pour des diables, des pécheurs, des impénitents. Pendant cette période délirante, la conscience est considérablement troublée, mais accessible encore aux impressions du monde extérieur. Par conséquent, il n'y a pas de lacune dans le souvenir. Le malade se souvient de ses visions divines, mais ne les rectifie pas.

En somme, nous sommes en présence d'un épileptique avéré, avec accès de délire religieux typique. Nous y trouvons le caractère épileptique avec une tendance anormale à la dévotion. Celle-ci présente un cachet d'incohérence, de non-concordance entre les pensées et les actes qui paraît, à bon droit, pathologique. Tscherny, irascible, hypocrite, brutal, est malgré ses paroles tout le contraire d'un homme vraiment religieux.

Les crises de délire, terminées parfois par des extases, présentent les caractères « de monstruosité et d'allure féérique » signalées par KRAFFT-EBING.

Autre point qui nous paraît intéressant à noter, c'est la demi-perte de conscience ; il s'agit moins d'onirisme propre-

ment dit, que d'un de ces états oniroïdes sur lesquels nous avons précédemment insisté.

(OBSERVATION V.

DUPAIN. Résumé.

Epilepsie. Hérité morbide. Ictus et accès délirants successifs. Amnésie des périodes de délire.

M. X..., 30 ans, amené à Ste-Anne après un accès délirant au cours duquel il a mortellement blessé son père.

Antécédants héréditaires. — Père : alcoolique, caractère autoritaire et brutal. Mère : déséquilibrée, piété extrême. Sœur morte en bas âge à la suite de convulsions.

Antécédants personnels. — A présenté des crises convulsives pendant son enfance; sa mère l'a élevé avec des habitudes de piété extrême. Ecolier, on le considère comme faible d'esprit : il se montre mauvais élève, glouton; il s'adonne à la masturbation. Parfois il s'arrête court au milieu de ses leçons : l'observateur se demande s'il n'y a pas là une première manifestation épileptique.

Plus tard, il est répétiteur puis professeur dans le Midi, où il contracte la syphilis. Même à cette époque, ses habitudes d'onanisme persistent. En outre, il part fréquemment droit devant lui, sans but, et marche sans s'en apercevoir. Il a souvent des vertiges, des absences pendant ses classes : il s'arrête court, puis reprend au bout de quelques instants, la leçon interrompue. Il est alors mis en congé.

C'est à partir de ce moment que l'on note des crises d'épilepsie franche : il tombe, la face pâle, puis se débat quelques instants, la face congestionnée, cependant que sa respiration devient bruyante, que l'écume apparaît à ses lèvres et qu'il se mord la langue; une évacuation involontaire d'urine accompagne la crise. Jamais il ne présente d'aura et ne conserve aucun souvenir de la crise. Entre temps, persistent les équivalents : vertiges, ébauches de fugues. Sa religiosité qui avait toujours été grande, s'accroît, surtout par périodes; on le voit alors arrêter les passants dans la rue pour en discuter avec eux. Le traitement par KBr entraîne une amélioration. A ce moment survient la mort de sa mère; peu après, son caractère change, il devient surnois et méchant et commence à s'enivrer.

Il venait d'avoir plusieurs crises, coup sur coup, quand une nuit, son père étant malade, il veut l'obliger à changer de lit, se précipite sur lui en prononçant des paroles incohérentes, le frappe avec violence de ses poings, puis, quelques instants plus tard, avec le crucifix qui avait servi à sa mère morte, voulant par ces moyens, ainsi qu'il le disait dans son délire, chasser le démon qui était dans le corps de son père et par lequel il serait damné. Les scènes de violence durèrent toute la nuit; c'est au petit jour qu'on conduisit à Ste-Anne le dément. Par la suite, il raconta qu'une discussion survint entre son père et lui au cours de laquelle celui-ci insulta la mémoire de sa mère. Notre malade prit chaleureusement sa défense et vit à chaque reprise l'ombre de sa mère le remercier. Ses violences envers son père ont complètement quitté sa mémoire. Il a repris conscience un instant dans la rue, en quittant son domicile, puis plus tard définitivement, à l'Asile.

Au total, délire de possession démoniaque chez un épileptique avéré.

OBSERVATION VI.

CHASLIN.

Math., sans profession, 21 ans, entré à Bicêtre le 16 juillet 1897, dans la section des épileptiques. Nègre (père blanc), de haute stature, bien musclé, hémiplegie gauche légère, double cataracte légère, physionomie peu intelligente. Niveau mental faible. Epileptique depuis l'âge de 12 ans. Depuis qu'il est dans le service, accès et vertiges nombreux. Il commence à avoir des troubles mentaux en 1901. Ils deviennent de plus en plus fréquents. En voici un exemple : le 26 février 1905 après quelques accès rapprochés, les jours précédents, le malade change d'allure et de physionomie; il se met fréquemment à genoux, joint les mains et marmotte des prières; le 27, il est agité, on le met au bain prolongé; je le vois dans la baignoire; il n'est nullement confus, il est orienté et reconnaît tout le monde. Il voit Dieu : « C'est dans l'air comme une buée ». « Tenez, dit-il, le voici qui me regarde ! » Je lui demande de me décrire ce qu'il voit; il me répond : « Dieu, c'est la nature ! c'est l'air ! c'est tout ! »

Le 28, il est moins agité, mais ses idées mystiques persistent ; il a un secret ; le secret de la nature qu'il ne peut dévoiler à personne sous peine de bouleversement dans Paris. Sa mère et lui sont les seules personnes connaissant « le secret » ... Il est puni pour ses fautes de jeunesse et il faut qu'il ait obtenu son pardon avant le 1^{er} mai. Le 2 mars il dit qu'il est le remplaçant du Christ. Il demande à travailler. « Il ne faut pas croire que je suis fou, ajoute-t-il, j'ai ces idées là dans la tête, je sais bien ce que je dis et ce n'est pas une raison parce que j'ai un secret qu'on doit m'empêcher de travailler. Je ferai un coup de ma tête si on ne veut pas que je retourne à mon travail. »

Au bout de quelques jours, disparition graduelle du trouble mental. Vague conscience de son accès. J'ai constaté plusieurs accès à peu près semblables comme allure, mais de durée beaucoup plus longue, presque subintrants.

En somme, délire nettement mystique dont la nature comitiale est signée par les antécédents épileptiques du sujet et par l'amnésie partielle consécutive.

OBSERVATION VII.

BOVEN.

Del., Lucien, né le 5 août 1898, célibataire, manœuvre. Depuis l'âge de 14 ans, il est sujet à des crises épileptiques. La première fois c'était un matin, il venait de se lever quand il éprouva un étourdissement et tomba ; il serait resté deux jours sans connaissance. Dans la suite il n'eut que peu de crises : une ou deux fois par mois. Depuis deux mois, les crises tendent à se multiplier, soit plusieurs par semaine ; la dernière, celle qui motiva son internement, fut la plus violente.

Les crises se produisent brusquement ; elles débutent par un étourdissement. Les années passées les crises se bornaient à cela, sans qu'il y eût chute ; la chute ne se serait produite que lors de la première et de la dernière crise. Celle qui, au service militaire, provoqua son renvoi, ne fut pas marquée d'une défaillance mais d'une phase de désorientation. Pas de mictions involontaires mais un état d'ahu-

rissement consécutif à la crise, avec céphalagie. Il se mord la langue. Les crises surviennent le matin au lever. Voici dans quelles conditions se produisit la dernière: il y a huit jours, le malade se couche à 8 heures et s'endort sans délai; vers 9 heures 30 il se réveille avec une sensation de lourdeur d'estomac; il se lève pour aller vomir et la crise le surprend. Le propriétaire, entendant le bruit, entre dans sa chambre et le trouve gisant à terre. Il le remet au lit. Le malade se souvient maintenant que vers le matin il commença à voir devant lui « *comme le Bon Dieu* » sous la forme d'un vieillard à grande robe blanche avec une barbe blanche; autour de lui passaient des anges qui se mouvaient assez rapidement. Les anges étaient comme des enfants mais avec des ailes. Dieu seul était immobile et assis. Les détails manquaient, le malade ne les discernait pas. Tout au fond du tableau il y avait un feu rouge, avec des flammes dévorantes, mais pas de diable.

La vision persista plus d'un jour et d'une nuit. Durant tout ce temps, les détails de la chambre, les allées et venues du propriétaire, passèrent tout à fait inaperçus. Le malade était en proie à un sentiment de crainte très prononcé. Il lui semblait entendre le Bon Dieu disant : « Je ne veux pas te recevoir ici », lui « demander pardon, mais Dieu ne se pressait pas de répondre »; dans le même temps le malade entendait une très belle musique « semblable à une grande fanfare qui sonnait plus doux que fort ». Huit jours après cet événement, le malade n'est pas encore très bien orienté.

Au total, chez un comitial avéré, délire onirique visuel à thème mystique. Visions célestes. Communications avec Dieu.

B. Délires mystiques avec état comitial fruste.

OBSERVATION VIII.

Henri CLAUDE, J. DUBLINEAU et RUBENOVITCH.

Troubles psychiques de type mystique. Etat oniroïde et confusional avec pouvoir de résurrection. Crises nerveuses avec émission d'urine. Possibilité d'un état comitial.

« La fréquence des délires mystiques chez les hystériques et les épileptiques, est un fait classique. Souvent d'ailleurs, la notion de ces crises existe depuis longtemps déjà quand se manifeste le délire. Le diagnostic est assez facile, il s'agit de ces formes dites d'épilepsie psychique sur lesquelles nous n'insistons pas.

Plus difficiles à interpréter sont les cas où les crises n'ont rien de typique. Nous en présentons un exemple, que cependant l'atmosphère spéciale dans laquelle il s'est déroulé permet, croyons-nous, de rattacher à une forme psychique d'état comitial. »

Mme X. Pol..., 27 ans, est entrée dans le service de la clinique le 14 décembre 1933, venant de l'hôpital Henri-Rousselle avec le certificat suivant : « Confusion mentale avec négativisme et agitation désordonnée. Réponses à peu près nulles ou bien mutisme complet. Se disait, à l'entrée, en communication avec le Seigneur. Hallucinations visuelles et auditives. Opposition à l'examen. Occlusion volontaire des yeux. Excitation. Refus d'aliments. Gâtisme. Violences envers le personnel. Fièvre passagère, 38°. Sang : urée, 0,26. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,15 ; leuco., 0,6. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs dans le sang et le liquide céphalo-rachidien » (Dr Dupouy).

L'agitation, à son entrée, était telle, qu'elle dut être maintenue et isolée. La malade se plaignait de céphalée, présentait un facès grippé, une langue sèche et très saburrale, donnant l'impression d'un mauvais état général. L'opposition empêchait l'examen somatique.

Dans la soirée, l'agitation diminua un peu, et la malade dormit normalement toute la nuit.

Le lendemain, 15 décembre, elle est plus calme. On obtient d'elle quelques réponses adaptées, entrecoupées de fous rires, avec tendance à la causticité et à l'érotisme. D'humeur instable, elle prend soudain un ton emphatique et maniéré pour exprimer des sentiments d'aversion envers son mari, et pleure, puis, exprime de nouveau des idées érotiques avec quelques attitudes passionnelles.

En résumé, on est en présence d'un tableau partiellement maniaque, et confus, sans hallucinations décelables.

Le 16, elle se laisse examiner très docilement. On ne note rien d'anormal, sinon un état saburral avec haleine fétide, un léger œdème malléolaire, un colon descendant sensible, rempli de matières, enfin un corps thyroïde un peu gros. Les réflexes pupillaires et tendineux sont normaux. Constipation depuis l'entrée.

Le 17, malgré huile de ricin et lavements, la constipation persiste. On obtient avec peine quelques réponses monosyllabiques, et la malade reste confinée dans un état d'immobilité et de mutisme presque complet, les yeux clos. On note, par moments, une expression extatique, les yeux levés au ciel, les mains jointes, enfin, de la conservation des attitudes.

Le 18, la constipation a cédé. La malade a une présentation beaucoup plus normale. Elle nous accueille avec une politesse adaptée, fait des réponses pertinentes. Elle n'a plus de conservation des attitudes et rectifie ses propos érotiques : « C'était drôle de parler comme cela, c'était plus fort que moi, j'étais malade, maintenant, je ne le ferais plus. »

Elle nous demande de ne pas poursuivre l'interrogatoire trop longtemps parce qu'elle se sent très fatiguée.

Les jours suivants, elle se montre tout à fait calme, s'alimente bien, va régulièrement à la selle, mais paraît somnolente. Le 22, Mme X. Pol... demande elle-même à nous donner des renseignements sur ses antécédents. Voici le récit qu'elle nous fit, dont l'exactitude nous a été confirmé par son mari :

Antécédents héréditaires. — Son père, alcoolique, a disparu après avoir divorcé. Sa mère, morte en 1918 du typhus exanthématique, a été internée pendant un an pour mélancolie quelque temps avant sa mort. Son frère, disparu, avait eu des convulsions. Un oncle maternel, par jalousie, a tué sa femme et s'est suicidé.

Antécédents personnels. — Elle-même, née en Russie, a eu, toute enfant, la rougeole et la diphtérie. A 5 ans, à la suite d'un traumatisme crânien, syncope et somnolence pendant 24 heures. A 6 ans, ictère émotif. A 8 ans 1/2 environ : intoxication oxycarbonée aigue accidentelle (perte de connaissance). Amnésie consécutive. A 9 ans, épisode morbide non diagnostiqué : constipation opiniâtre, bouffées congestives, pertes de connaissance fréquentes (sans morsures de la langue ni émission d'urines), état nauséux, vomissements fréquents, incoercibles, en fusée ; pas de température. A 9 ans 1/2, otite. A 10 ans, on ne voulait pas la garder à l'école à cause de ses « tics »

(chorée ?...). Depuis, aurait des myoclonies par moments, principalement au niveau de l'orbiculaire droit.

A 12 ans, fièvre typhoïde grave, avec hallucinations auditives. A 14 ans, scarlatine suivie de néphrite. A 15 ans, période de fatigue intense avec apathie et somnolence diurne (jamais de troubles de la vue). A 20 ans, appendicite opérée à Bruxelles (appendicite chronique). Réglée à 14 ans, les règles ont toujours été irrégulières. A 18 ans, aménorrhée pendant 6 mois. Depuis un an, les règles sont régulières. La malade quitte la Russie à 13 ans, passe en Serbie un examen équivalent au baccalauréat.

A 17 ans, fait en Belgique des études d'infirmière, obtient le diplôme d'état : « Je n'avais pas spécialement la vocation, mais je crois que je l'ai eue depuis. » En France depuis 1929. Mariée en 1930, ni enfant, ni fausse-couche. Mari électricien (d'origine noire américaine). Blennorragie contractée dès le début du mariage, ultérieurement compliquée de cystite et probablement de salpingite. Celle-ci fut récemment traitée dans une clinique.

Tempérament antérieur. — A l'école, apprenait facilement, mais était paresseuse. A été propre à l'âge normal, mais une fois, vers 10 ans, a uriné sous elle en plein jour. « J'aimais les jeux féroces : je rasais l'herbe avec une canne ». Quelques terreurs nocturnes (mais n'appelait pas sa mère). « Méditative, je regardais les vapeurs au bord de la mer. A 5 ans, avec mon frère, j'aimais aller au cimetière... Je n'aimais pas les filles... Je jouais surtout avec les garçons... »

De religion orthodoxe, n'a jamais été très pratiquante. Pense qu'il y a eu dans sa famille des gens faisant partie des sectes religieuses fanatiques existant dans sa région (Sébastopol).

Toujours très nerveuse, très émotive : « Je prenais tout au tragique. » Affirme que sa nervosité s'est accentuée par suite de sa blennorragie. Persuadée de l'incurabilité de son affection génitale : « On se soigne toute la vie, mais on n'en guérit jamais. N'essayez pas de me dire le contraire, je suis infirmière... »

« En somme, dit-elle, j'ai toujours eu très mauvais caractère, et il a fallu à mon mari, qui est très patient, beaucoup de mérite pour me supporter. » Cependant, elle reproche à son mari deux choses :

1° de l'avoir contaminée ;

2° de mentir sans cesse, de n'être pas franc (alors qu'elle est « la franchise même »), de démentir ses paroles par ses actes. Elle était très confiante, elle aimait beaucoup son mari, mais elle

a été très déçue dans sa confiance en lui. Cependant elle consent à lui pardonner. Depuis son mariage, d'humeur instable, souvent irritable. Auprès des malades, à son travail, toujours très patiente, infatigable. Dès qu'elle est à la maison, sensation d'exaspération, crises de larmes, fatigue, lassitude intense, insurmontable. En dehors de cela, rien de particulier, sinon qu'à l'occasion d'une douleur physique un peu forte, elle tombait facilement en syncope. En particulier, aucune tendance érotique, ni mystique.

Début des troubles actuels. — Mme X. Pol.. sort de la clinique chirurgicale le 17 octobre, « normale ». « Pour se remonter, elle mangeait de grandes quantités de viande (pas d'alcool). » Au lieu de rentrer chez elle, elle était allée en pension de famille, dans Passy, car elle avait décidé de quitter son mari (qui se trouvait en voyage, et ignorait sa décision). Pour vivre, elle avait accepté d'être entretenue par un ami qu'elle n'aimait pas du tout, et qui la dégoûtait : « C'était une simple affaire commerciale. » D'ailleurs elle avait déjà trompé son mari plusieurs fois, « *par jalousie à rebours.* » Voici dans quelles circonstances :

Elle aimait son mari à un degré qu'elle avait elle-même jugé excessif; il ne pouvait en résulter qu'une grande douleur le jour où il aurait l'idée de la tromper (cependant, il n'avait pas l'air d'y penser, car il l'aimait beaucoup). Pour prévenir la douleur qu'elle pourrait avoir à ce moment, elle s'appliquait à calmer l'excès d'amour qu'elle avait pour son mari, en le trompant de propos délibéré, et aussi par amour-propre, pour être sûre d'être la première à le faire. Cependant, elle est persuadée qu'il la précédée dans cette voie. « Je faisais cela comme on prend un médicament... »

L'idée que son mari a pu la tromper lui est maintenant indifférente: sa méthode thérapeutique préventive à l'égard de sa jalousie a donc réussi et elle est sûre qu'elle n'agira pas comme son oncle maternel qui a tué sa femme par jalousie.

Elle vit ainsi jusqu'au 13 novembre, passant ses journées dans sa chambre, à se reposer, à lire, ne donnant plus de ses nouvelles à son mari. Le matin du 13 novembre, elle se réveille avec une sensation d'euphorie. Puis, elle entend soudain un bruit indéfinissable, « comme un tintement argentin, léger, aérien... »

Elle sent que c'est la mort qui vient et qu'il est inutile d'appeler à l'aide. Puis, « elle a dû perdre connaissance. » Enfin, elle revient à elle, elle sonne, elle appelle et s'aperçoit qu'elle a uriné au

lit. Sensation de fatigue intense, croit qu'elle va mourir, fait appeler un prêtre.

Depuis, plus d'appétit, mais continue à manger, « par raison ». A dater de ce jour, sensation de solitude, réconfort dans la prière et la lecture de l'Evangile.

Quelques jours plus tard, a senti venir la même crise. « Elle l'a arrêtée en priant et en lisant l'Evangile. » Depuis, elle priait jour et nuit. A passé une nuit entière à genoux : « J'étais en état de pénitence, je demandais à Dieu pardon pour mes dérèglements. » Elle demanda à son ami de ne plus venir la voir. Le 2 décembre, dans la nuit, elle lisait l'Evangile, lorsqu'elle sent soudain une force inouïe qui la précipite le front à terre, courbée en deux : « C'était la force de Dieu... Que voulez-vous que ce pût être, puisque ce n'était pas moi qui agissais ? »

Elle a commencé à prier à haute voix, de plus en plus fort, en hurlant. Elle ne pouvait plus détacher son front du parquet. « Ça devait être purement émotif... » Peu à peu, elle a pu se relever. On est accouru dans sa chambre, on lui a dit qu'elle criait et empêchait les voisins de dormir. On l'a couchée.

Elle a été alors soudainement envahie par « un flot d'idées héroïques » ; elle était Jeanne d'Arc, sur son bûcher. On allait la brûler. Elle ne dormait pas, ses yeux étaient fermés, elle sentait ses pieds envahis par la gangrène et peu à peu léchés par les flammes du bûcher. Elle ne pouvait plus faire un mouvement. *A ce moment, elle a uriné au lit* : au point où elle croyait se trouver, c'était chose sans importance : « Voyez-vous Jeanne d'Arc quittant son bûcher pour aller aux water-closets ? »

Enfin, elle sort peu à peu de cet état, réclame son mari qui accourt le surlendemain, et la ramène chez elle, où elle demeure 6 jours. Là, elle retrouve d'abord un comportement normal ; mais, le surlendemain soir, se sent à nouveau très drôle, se remet à prier (était seule ce soir-là). Son mari qui avait été dîner en ville, la trouve en rentrant plongée dans la prière et la transporte lui-même sur le lit où *elle urine*. Les jours suivants accentuation de l'état : conviction que la fin du monde approchait, que son mari était possédé du démon. Voulait ressusciter le père de son mari, à distance..., « le faire sortir de sa tombe et venir chez nous »...

Elle a des illusions de reconnaissance : elle voit la tête de son beau-frère dans le visage du médecin venu la voir : « Je croyais qu'il était en train de se transformer petit à petit et qu'il deven-

draît ce qu'il était à ce moment. » Elle est enfin amenée par son mari à l'hôpital Henri-Rousselle et internée peu après.

De son passage à Henri-Rousselle, elle n'a gardé aucun souvenir précis. Le seul fait que sa mémoire ait conservé, est le suivant : « Je sais qu'en arrivant j'étais sûre que j'allais ressusciter une morte: je suis arrivée directement au lit d'une malade, je me figurais qu'elle était morte. Je l'ai touchée pour la ressusciter. Elle s'est levée, ayant très peur. C'est alors qu'on m'a fourrée dans une espèce de cellule... »

Mme X Pol... évoque avec facilité ses souvenirs et fait un exposé lucide et cohérent des faits précédents qui sont évoqués avec une critique parfaite, sauf sur un point : conviction absolue que c'était la main de Dieu qui l'avait maintenue une fois le front contre terre.

Actuellement, l'état général est bon. La malade est moins pâle, se dit fatiguée, mais se sent mieux. Reçoit bien son mari, se dit contente de le voir. La céphalée a peu à peu diminué et a disparu depuis une huitaine de jours. Cette céphalée, toujours localisée à la région temporale droite, paraissait très vive, et arrachait de temps à autre des gémissements à la malade. Celle-ci se plaint seulement d'élancements, de douleurs à la région précordiale. Le léger œdème malléolaire a disparu. L'auscultation fait entendre un léger assourdissement du 1^{er} bruit.

Examens biologiques à l'entrée. — Sang (21 décembre 1933) : urée: 0 gr. 25 0/00. Urines: albumine 0, sucre 0; urée: 9 gr. 33 par litre, 18 gr. 66 par 24 heures; chlorures : 5 gr. 90 par litre, 11 gr. 80 par 24 heures. Sels et pigments biliaires, 0. Recherche des coli-bacilles dans les urines : examen direct et par culture : négative. Gono-réaction dans le sang : + + + + très positive.

Voici en quels termes les auteurs commentent cette observation :

« De cette observation, nous retiendrons les points suivants :

I. Du 13 novembre à la fin décembre 1933, notre malade, schématiquement, a présenté trois phases d'excitation. La première n'a duré que quelques heures. Elle fut caractérisée essentiellement par une sensation d'euphorie, des troubles

psycho-sensoriels mal classés et finalement une perte de connaissance avec chute et émission d'urine.

La seconde, survenue le 2 décembre, se caractérise par l'apparition, au milieu « d'un flot d'idées héroïques », d'un thème hallucinatoire et mystique avec sensation de réincarnation dans Jeanne d'Arc et scène du bûcher, enfin, et surtout, sentiment d'influence, prosternation imposée. Il n'y eut pas de perte de connaissance proprement dite mais seulement extase au cours de laquelle survint l'énurésie.

Quelques jours plus tard, à son domicile, P... eut une nouvelle émission d'urine au cours d'un état prolongé de recueillement mystique. Cet état fut le point de départ d'une phase confusionnelle et maniaque qui, au bout de plusieurs jours d'excitation, tomba brusquement.

En d'autres termes, dans chacun des trois accès, il y eut émission d'urine. Mais alors que dans le premier existe la notion d'une chute avec perte de connaissance, cette dernière est moins nette dans le second (et intégrée de plus dans un syndrome d'influence), elle n'existait pas dans le troisième, lequel évolua rapidement vers un état confusionnel.

Certes, on ne saurait accorder à l'émission d'urines une valeur diagnostique absolue dans la discussion étiologique de ces états plus ou moins extatiques ou mystiques. La coexistence des deux ordres de faits est connue. On en trouve nombreux d'exemples à la lecture des travaux de JANET. A défaut de cet argument en faveur d'un état comitial, d'autres peuvent être invoqués. Sans parler de la cessation brusque de l'état confusionnel, comparable à celle classiquement décrite aux confusions à titre d'équivalents psychiques, il y a chez cette femme des antécédents spéciaux : terreurs nocturnes, traumatisme cranien, tendance aux syncopes; accidents d'énu-

ésie de l'enfance. Nous y ajouterons la notion de convulsions chez un frère, moins intéressant en soi que par son association aux faits précédents.

II. Comme il a été dit, il est remarquable de constater dans ces états l'importance des apports intuitifs au cours du délire. L'étude de l'intuition dans les états oniriques a été ébauchée antérieurement par l'un de nous avec TARGOWLA. Il s'agit ici moins d'un état onirique que d'un état *oniroïde*, au cours duquel la conscience n'était pas complètement suspendue. L'un de nous avec EY a insisté récemment sur les états de ce genre au cours de syndromes variés, en particulier encéphalitiques. »

3. Les états mystiques religieux dans certaines formes frustes d'épilepsie ou chez les parents d'épileptiques.

Dans les observations précédentes il s'agit toujours d'épilepsie vraie ; si parfois nous assistons à des fugues, à des vertiges, à des absences, à des émissions d'urine involontaires, la nature comitiale de ces faits est parfaitement prouvée soit par leur caractère même soit par leur association à des crises convulsives typiques.

Nous voulons, à côté de ces faits, faire une place à certaines formes frustes de l'épilepsie, qui ne se manifesteront ni par des crises, ni par des équivalents.

Deux notions sont à envisager :

- A. — La religiosité des épileptiques dans ses rapports avec la constitution épileptoïde,

B. — Les faits de délires mystiques survenant dans les familles d'épileptiques, en dehors de toute notion de comitialité chez le délirant.

A. Religiosité et constitution épileptoïde.

a. — *Rappel général.*

Sous ce nom Mme MINKOWSKA a décrit une forme de mentalité, portant sur tous les éléments de l'activité psychique, auxquels elle imprime un caractère dominant de lenteur. Ce n'est pas que ce caractère ait une allure très anormale : les épileptoïdes mènent la vie de tout le monde, sans que jamais personne dans leur entourage songe à les considérer comme des malades. Ce ne sont d'ailleurs pas des malades ; l'attention n'est pas attirée sur chacun d'eux séparément, mais elle a été attirée par la répétition de ce caractère dans des mêmes conditions : c'est, d'une part, bien souvent, le caractère des épileptiques entre leurs paroxysmes, d'autre part, et surtout, le caractère de descendants d'épileptiques ; chez eux il n'y a pas d'épilepsie vraie, mais la maladie existe néanmoins, sous-jacente ; l'épilepsie ne se manifeste pas sous forme d'une maladie à proprement parler, mais se révèle comme une constitution, la constitution épileptoïde.

Qu'est-ce que cette constitution épileptoïde ? Elle a fait l'objet de longues études de la part de Mme MINKOWSKA, études qui ont porté sur toute une famille suisse, la famille B. Ces études ont été conduites sans parti pris et sans le souci de démontrer l'existence de la constitution épileptoïde, puisque l'enquête visait l'hérédité convergente de deux familles, schizophrénie d'un côté, folie maniaque dépressive de l'autre ;

or, il est apparu à l'étude que la folie maniaque dépressive n'existait pas et qu'il s'agissait d'épilepsie. Cette famille, suivie tant au point de vue généalogique qu'anthropométrique, depuis la seconde moitié du XVIII^e siècle, prend son point de départ à cette époque dans la personne d'un épileptique avéré; on relève depuis ce moment, dans sa descendance, une dizaine de cas comportant des crises convulsives typiques, des cas de délire épileptique sans crises, une grande mortalité des enfants en bas âge, toutes tares qui confèrent une allure pathologique à cette famille. D'autre part, Mme MIN-KOWSKA a mis en évidence chez tous les membres existant actuellement, d'une part un type anthropométrique spécial avec type carré des contours de la tête, d'autre part, ce caractère bien spécial dont nous avons parlé et que l'auteur de ces recherches a nommé « épileptoïdie » puis « glischroïdie ». Ce type psychique est essentiellement constitué par deux éléments : une bradypsychie extrême et une affectivité profonde, qui porte le même caractère de lenteur ce qui l'empêche d'évoluer.

Reprenons ces deux éléments plus en détail.

La *bradypsychie* avait déjà frappé les anciens observateurs; mais elle fut baptisée de nos jours par DUCOSTÉ; pour la distinguer des autres formes de ralentissement des processus psychologiques, cet auteur l'a nommée la bradypsychie comitiale.

Cette lenteur intellectuelle est habituelle, permanente, et elle apparaît comme absolument indépendante du degré d'intelligence : on peut aussi bien l'observer chez un esprit de faible envergure que chez un cerveau puissant. Elle porte sur toutes les opérations de l'esprit et, comme le dit ABADIE, « elle se retrouve dans le jeu des perceptions, dans la compré-

hension et le courant idéatif, dans le mécanisme logique et de même dans les délibérations volontaires. » C'est cette bradypsychie qui explique l'habitus de ces épileptoïdes : leur physionomie inexpressive, leur inertie, leur nonchalance, les réponses filandreuses qu'ils opposent à vos questions, l'abondance et l'insistance sur les détails; ils s'y attachent sans voir l'important d'un sujet, sans le dominer.

« Les associations sont lentes et restent limitées à l'objet immédiat. Ils ne font preuve ni d'humour, ni d'esprit, ni de fantaisies. L'adaptation à une nouvelle situation demande toujours un temps assez long... » dit Mme MINKOWSKA, et plus loin : « Dans le domaine intellectuel, ce sont des ralentis; ils s'attachent aux détails et perdent de vue l'ensemble; le changement et les choses nouvelles ne les attirent pas; ils aiment ce qui dure et ce qui est stable; ce sont des travailleurs, mais ils ont peu d'initiative et ne créent rien de nouveau, par contre ils gardent avec piété les traditions et représentent le facteur stable et conservateur, dans le bon sens du mot. »

Le second trait caractéristique de la constitution épileptoïde est son *affectivité spéciale*. Cette affectivité, Mme MINKOWSKA l'a qualifiée de « visqueuse ». « Ces épileptoïdes, dit-elle, ont une affectivité concentrée, condensée, ramassée, visqueuse, qui adhère aux objets de l'ambiance et ne s'en détache pas aussi facilement que l'exigent les variations du milieu. » Les épileptoïdes sont affectifs sans mobilité; ils portent dans le domaine sentimental la même tare que dans le domaine intellectuel : la lenteur. Cette espèce de stagnation des sentiments va leur rendre surtout aisé l'attachement aux objets; certes, ils seront capables d'affection pour des personnes, mais non d'une affection nuancée qui sait se mettre à l'uni-

son de son objet ; aussi vont-ils s'attacher de préférence aux objets, aux idées générales ; « de là, l'amour de l'ordre ; d'autre part, ne pouvant pas se dépenser sur la variété des personnes, ils concentrent leur affectivité sur les groupements comme la famille et le pays, ainsi que sur les idées d'ordre général à teinte sentimentale et mystique comme la paix universelle, la religion ; dans leurs rapports avec leurs semblables, la note individuelle fait défaut. »

L'épileptoïdite s'observe à tous les âges : chez les adultes, puisque Mme MINKOWSKA l'a notée chez tous ceux d'une même et nombreuse famille ; chez les vieillards et même au cours d'une épilepsie tardive venant se surajouter et modifier le caractère antérieur ; mais jamais dans ces cas elle n'atteint l'importance qu'elle prend chez un enfant ou un adolescent. D'abord, c'est à cet âge qu'elle revêt son aspect le plus typique. En outre, sa reconnaissance va permettre de dépister et de traiter utilement bien des petites tares neurologiques qui, sans la notion de cette base épileptoïde seraient restées dans l'obscurité. C'est ce rôle primordial dans l'enfance que GILBERT ROBIN a bien mis en valeur.

Existe-t-il un rapport entre la constitution épileptoïde, qui est toute calme et immobilité, et l'épilepsie vraie qui, au contraire, est toute impulsivité ?

Mme MINKOWSKA l'affirme : l'affectivité devenant de plus en plus visqueuse, accompagnée d'une bradypsychie croissante, suit de moins en moins les appels venant du dehors ; la décharge devient de plus en plus insuffisante et mène, en fin de compte, à une véritable stase ; celle-ci crée pour l'individu une atmosphère irrespirable, orageuse et chargée d'électricité. C'est ensuite le tonnerre et les éclairs. La charge provoque des décharges explosives... les ralentis deviennent des excités. »

b. — *Epileptoïdie et mysticisme.*

Chez les épileptoïdes, l'association à des états mystiques est très fréquente, au point qu'on a pu citer ces derniers comme une tendance même de cette constitution. « On lui a décrit [à l'épileptoïde], dit ABADIE, une religiosité spéciale avec impulsions intermittentes de vocation à la vie religieuse. »

Nous relevons la même idée dans les travaux de Mme MINKOWSKA et dans d'autres; sans doute, l'interprétation en sera-t-elle variable, mais le fait est généralement reconnu.

Nous n'en citons qu'un exemple, celui de Rodolphe B., un des membres de la famille observée par Mme MINKOWSKA; le sujet est « un individu ralenti, restant accroché aux détails, d'une affectivité visqueuse et collante, un mystique qui attribue à ses rêves et visions une portée prophétique, qui se croit chargé lui-même d'une mission particulière, mission morale et religieuse. » C'est fréquent et pour Mme MINKOWSKA explicable : « l'agglutination croissante s'éloigne entièrement de la réalité ambiante pour le plonger dans les phénomènes d'ordre encore plus général, comme l'univers, la création et la fin du monde, phénomènes étroitement liés à l'idée de Dieu. »

B. Délires d'allure mystique survenant dans des familles d'épileptiques.

La question de la constitution épileptoïde pose — en le résolvant par l'affirmative — le problème de l'hérédité comitiale. Sans prendre parti dans un débat de cet ordre, qui né-

cessiterait à lui seul tout un programme de recherches, on ne peut manquer de se demander quelle est la valeur (considérée du point de vue de la structure comitiale), d'un certain nombre de délires d'allure mystique, observés dans des familles dont un membre était par ailleurs épileptique.

Dans les deux observations qui suivent, dont l'une a été publiée à un autre point de vue, par le Professeur CLAUDE, MM. DUBLINEAU, EY et RUBENOVITCH, le problème se pose de la façon la plus nette.

OBSERVATION IX.

FRITZ-WITTELS. Résumé.

Fedja, émigré russe, âgé de 40 ans, avocat, habite avec son père, 78 ans et avec la famille de sa sœur mariée. Le malade était de la droite socialiste avant la Révolution. Sa famille, forcée par la suite de quitter son pays, erra à travers l'Europe pendant quatre ans avant de s'établir définitivement à Vienne. Deux ans avant l'apparition de vraies convulsions, le malade avait des moments de distraction et même des absences. Puis, le petit mal commença; au milieu de la conversation le malade s'arrêtait sans tomber, rigide, regardant autour de lui comme s'il était perdu et commençait avec ses mâchoires un mouvement de rumination. Sa main gauche présentait un spasme (main d'accoucheur). L'attaque durait quelques minutes et il continuait sa vie sans se rappeler ce qui venait de ce passer.

Fedja, était un fanatique. Il refusait d'avoir affaire avec les bourgeois et avec les socialistes; avec les premiers parce qu'ils étaient coupables aux yeux de la Révolution et avec les seconds parce qu'ils ne savaient rien du « vrai socialisme » — lui seul en saisissant la véritable valeur. Il n'avait pas de vie sexuelle, et n'a jamais eu de rapport normaux. Il s'adonnait à la masturbation depuis 1914, cessant pendant la guerre pour reprendre avec la Révolution. Depuis qu'il est devenu épileptique, il a renoncé à l'onanisme.

Le malade lui-même attribue sa maladie à sa sexualité anormale

et croit à son amélioration s'il pouvait avoir des rapports normaux, mais ses principes lui interdisent les prostituées. Son père, pédant, toujours mécontent, est le tyran de la maison. Il contrôle son fils de 40 ans comme un enfant. Sa mère est morte en Russie.

Son frère aîné, Alexis, est resté en Russie. Bien que WITTELS n'insistait pas énormément sur lui, dans le cours de son observation, c'est lui qui nous intéresse particulièrement. C'est un sujet, à tendance mystique qui parcourt les campagnes, véritable prédicateur errant. C'est à cette allure délirante de son mysticisme qu'il a dû d'être laissé en liberté par les Bolcheviks, n'étant pas considéré comme dangereux.

Dans cette observation, Alexis est en proie à un état d'allure mystique indubitable et se rattache d'une façon incontestable à une souche épileptique, puisque son frère Fedja présente des crises comitiales typiques. Si c'est sur ce fait que nous insistons, ce n'est pas celui qui surtout occupait l'auteur. Il nous paraît intéressant d'en rappeler, en passant, la raison. WITTELS est certain que la plupart des épileptiques possèdent une base psychologique. Il se dit prêt à prouver qu'en produisant expérimentalement une crise épileptique on retrouverait cette base, non seulement à l'origine mais aussi pendant la crise.

OBSERVATION X.

CLAUDE, DUBLINEAU, EY et RUBENOVITCH. Résumé.

Mlle L., 35 ans, entre le 23 octobre 1933 à la Clinique.

Antécédents héréditaires : père mort d'angine de poitrine; mère précédent des crises comitiales depuis l'âge de 18 ans, peu fréquentes mais typiques.

Antécédents collatéraux : aucun stigmate d'épilepsie chez les frères et sœurs.

Antécédents personnels : A fait des études primaires et professionnelles; réfugiée de guerre. Milieu très croyant. Piété plutôt exagérée, d'après l'entourage. Entêtement autoritaire. Velleités

altruïstes précoces cherchant sans cesse à s'extérioriser. Jamais d'implusions, de fugues ou de somnambulisme. De 18 à 22 ans, elle est gouvernante en Espagne; se croyait alors une vocation religieuse. Commence à Bordeaux avec enthousiasme des études d'infirmière et trouve là le moyen de satisfaire son besoin de charité et de vivre « en servant Dieu ».

Entre à l'Assistance Publique à Paris, mais se fait mettre bientôt en congé pour parfaire « des études religieuses à Cambrai ». En juin 1933 son père meurt. Pendant sa courte maladie, elle le soigne avec dévouement, surmenée par son travail à l'hôpital et les nuits sans sommeil passées auprès de lui. Cette disparition cause à la malade un très violent chagrin. Ce choc semble avoir joué un rôle important dans l'apparition des troubles qu'elle a présentés par la suite, car c'est à dater de ce moment que les événements se précipitent.

Elle reprend son travail à l'hôpital, mais rapidement apparaît une inquiétude croissante, confinant bientôt à l'anxiété. Elle craint de s'être contaminée avec une piqûre; un jour elle a une intuition soudaine que l'interne est tombé amoureux d'elle. Son état d'exaltation religieux s'accroît; elle sentait, dit-elle, la « Présence Réelle » qui se manifestait en elle par le fait que son cœur battait plus fort, et que Dieu mettait chaque jour sur son chemin un acte de charité à accomplir.

Un jour elle dépense tout son argent pour acheter des objets aux malades; la nuit suivante est pénible, une « odeur de mort » l'incommode, lui rappelant l'odeur du corps de son père décédé. Au petit jour, elle se met à écrire des textes de l'Ecriture. Le matin, elle va à la messe, hésite et demande l'Extrême Onction, communie « Elle sent alors la Présence Réelle, ce qu'elle sentait obscurément depuis quelques jours. » Elle se rend sur la zone, à l'adresse d'un chômeur qu'elle a rencontré la veille dans la rue. Appelle police secours, en ayant l'intuition que le chômeur a coupé son amie en morceaux et l'a cachée chez la voisine. Elle revient reprendre son service à l'hôpital, où elle voit une femme en larmes, à qui l'on vient d'apprendre la mort de son mari. Elle console la malheureuse, elle l'entraîne à l'amphithéâtre où repose le corps de son mari. A ce moment, il lui vient à l'esprit l'idée que Dieu l'a choisie pour ressusciter le mari de cette femme, comme Il avait choisi Jésus pour ressusciter Lazare. Mise en présence du cadavre, elle l'approche et lui dit : « Lazare, sors du tombeau! », phrase qu'elle répète trois

fois ; appels restant sans résultat, elle s'étend brusquement de tout son long sur le cadavre, colle ses lèvres à la bouche, et souffle « pour lui insuffler la vie. » Le garçon affolé, n'arrive pas à l'écarter et court chercher du renfort. Restée seule, elle s'enferme et décide de se substituer au mort pour lui donner la vie. Elle se découvre, et même se dévêt entièrement mais, à ce moment, on pénètre de force à l'amphithéâtre et on lui arrache le corps qu'elle étreignait.

On croit avoir affaire à une perverse qui se serait livrée à une manifestation de nécrophilie. Elle demeure un mois chez le D^r Crouzon, se comportant comme une maniaque et, son état persistant, elle fut internée.

A la Clinique, elle présente une phase d'excitation erotique avec idées érotomaniaques polarisées sur l'interne, cherche continuellement à fuir ; puis se croit mariée, mère de nombreux enfants, etc... Parallèlement à l'état hypomaniaque et erotique persistait un syndrome d'influence à thème mystique.

En résumé, concluent les auteurs, « chez une femme de 35 ans est apparu un état anxieux, oniroïde, au cours duquel se manifestèrent successivement des transports mystiques, puis un délire érotomaniaque ; les thèmes mystiques ont disparu actuellement, mais l'atmosphère persiste et, sous son calme euphorique spécial, peut-être L. cache-t-elle encore un noyau délirant résiduel fait de quelques convictions d'ailleurs rudimentaires et variables. »

Peut-on rechercher dans ce délire un terrain expliquant la structure de son évolution ? En faveur d'un état de structure comitial, on ne peut manquer d'être frappé par le mode d'évolution des états décrits chez notre malade ; divers dans leur durée, leur importance et leur nature, ils présentent tous une certaine brusquerie d'apparition avec cessation également brusque ou rapide. D'autre part, l'accès à type oniroïde avec bouffées intuitives successives qui aboutit à l'internement, rappelle en tous points les états décrits par KLEIST sous le nom d' « états crépusculaires épisodiques » et rapportés par

lui à des faits de structure comitiale. Pour ce qui est des états de vague, également observés chez notre malade, ils rappellent ceux qui sont décrits à propos des états dysesthésiques.

Il est intéressant enfin de rappeler que, chez notre malade, un argument de valeur — au moins pour qui admet la réalité d'une hérédité comitiale — permettant un rapprochement avec les cas précédents, c'est l'existence, chez sa mère, de crises comitiales avérées. Toutefois, chez cette malade, on ne relève, pas plus que chez ses nombreux frères et sœurs, d'accident ou d'équivalent de type comitial. Aussi bien, à défaut d'un épisode de nature épileptique, le délire de notre malade pourrait-il être considéré comme étant de structure comitiale au même titre que les faits décrits par KLEIST dans son « Episodische Dämmerzustände ». En fait, chez cette femme, d'autres éléments existent qui permettent de la rattacher — diagnostic auquel en définitive s'arrêtent les auteurs — à un état schizomaniaque.

4. Sémiologie générale et diagnostic des états mystiques de l'épilepsie.

A la lumière de ce qui précède, on voit qu'il serait difficile de décrire une sémiologie particulière aux délires d'allure mystique de nature comitiale.

Un tel délire, en effet, n'a pas, en dehors de son contenu, d'individualité. Comme tous les délires, la folie religieuse, revêtira des nuances variables. Elle peut affecter un type mélancolique, avec idée de culpabilité religieuse, crainte d'un sacrilège commis et peur de la damnation. Parfois c'est un délire hypocondriaque avec possession corporelle par le diable, transformation en démon, en Antéchrist. La démonopa-

thie paraît plus rare dans l'épilepsie que dans l'hystérie; cette dernière est seule citée dans l'ouvrage *Le Diable*, de GARÇON et VINÇON. Il peut s'agir enfin de délire de persécution, avec attaques par les puissances infernales; ou de délire de grandeur, le malade se croyant Prophète, élu de Dieu, Pape, Jeanne d'Arc ou Jésus-Christ.

Un fait cependant distingue ces délires religieux des autres, c'est leur tendance hallucinatoire; elle a été notée par tous les auteurs; en effet, ces délirants, presque tous, sont en proie soit à des images visuelles : le Diable, Dieu, la Vierge leur apparaissent, soit à des manifestations auditives : ils entendent la voix de Dieu ou une musique céleste.

La nature comitiale du délire est souvent difficile à prouver.

a. — *Dans les cas d'épilepsie franche*, ce délire peut survenir à différents moments de la crise. Tantôt il représente l'aura; il ne s'agit pas alors, à proprement parler, du délire, mais plus simplement d'une idée religieuse. BOVEN a pu cependant parler de délires *procritiques*. Tantôt le délire survient avec la crise ou après elle : ce sont les formes *méta-critiques* ou *para-critiques* de BOVEN. Mais il sera difficile, même au cas exceptionnel de crise mnésique et consciente, d'obtenir du délirant des renseignements précis à ce sujet.

Les formes les plus fréquentes sont les *post-critiques*; elles vont revêtir divers types, soit qu'elles se bornent à un état crépusculaire, soit qu'elles constituent un délire épileptique prolongé. Dans tous ces cas, on n'aura pas de peine à reconnaître l'origine de ces épisodes délirants; leur nature est signée par la notion de la crise.

Il en sera de même si l'on a la notion, avant l'apparition de la psychose, d'un équivalent comitial certain (absence, vertige, fugue, etc.).

Par ailleurs, on recherchera dans les délires d'allure mystique les caractères décrits à propos du délire épileptique en général : c'est l'aspect impulsif, qui les fait si souvent apparaître et disparaître brusquement ; c'est leur allure de rêve. Enfin, ce seront, mais ceci sous les réserves que nous formulons ci-dessous, d'une part, la teinte confusionnelle dont ils sont empreints, d'autre part, l'amnésie consécutive.

1° *L'impulsivité* : c'est la façon dont X., ce malade de DUPAIN (Obs. V), aborde les passants pour discuter avec eux des thèmes religieux qui lui tiennent à cœur ; c'est la brusquerie avec laquelle Georges (Obs. 1, MAGNAN), fait, en pleine promenade, agenouiller sa femme pour l'immoler.

2° *L'état confusionnel* est souvent caractéristique : ainsi X., pendant la crise qui l'entraînera à tuer son père (Obs. V), Lucien Del., cité par BOVEN (Obs. VI), pendant les deux jours qui suivirent sa crise et durant lesquels sa pensée reprit contact avec la réalité, nous apparaissent bien comme étant en pleine période confusionnelle.

3° Enfin *l'amnésie consécutive* existe aussi bien chez X. de DUPAIN que chez Wanner et chez H. de KRAFFT-EBING. Malheureusement elle est loin d'être constante. Sans parler des faits connus, mais rares, dans l'ensemble des faits d'*épilepsie mnésique* (DUCOSTÉ) ; nous ne ferons qu'envisager, au point de vue de la valeur de la confirmation du souvenir, certains des délires décrits ci-dessus.

b. — *Dans l'épilepsie fruste*, le problème se pose souvent de façon toute différente. Il est beaucoup plus difficile quand le délire survient au cours d'états comitiaux frustes, en particulier, quand il se développe chez les épileptoïdes.

Bien entendu, on recherchera dans les antécédents ou au

cours de l'accès lui-même, s'il n'y a pas, accompagnant le délire, des signes de la série comitiale (chute, vertige initial, morsure de la langue et enfin émission d'urine involontaire). Souvent ces signes sont très frustes et valent mieux par leur groupement que pris isolément. Nous en avons un exemple chez la malade Pol... (Obs. VIII).

On recherchera aussi les signes de la constitution épileptoïde; nous les avons donnés et longuement étudiés : la bradypsychie et l'affectivité difficilement transformable. On s'aidra de l'étude des antécédents héréditaires du malade; si parfois ils permettent de mettre en évidence une tare épileptique, soit chez les parents, soit chez les collatéraux, ce sera, dans une certaine mesure, en faveur de la nature comitiale d'un délire.

Peut-on retrouver dans ces états mystiques une note les apparentant aux délires épileptiques en général ?

1. *L'amnésie consécutive* ne s'observe que rarement dans l'épilepsie fruste. On peut cependant relever quelques accidents amnésiques dans le cas de Pol... (Obs. VIII).

2. *La note confusionnelle* est aussi rarement observée. Il existe, au contraire, assez souvent, une lucidité remarquable qui permet au sujet de raconter les faits écoulés pendant le délire, plusieurs semaines et même plusieurs mois avant la fin de ce dernier.

3. *L'impulsivité* est peut-être l'élément le plus fréquemment observé. On la retrouve dans l'Observation X (brusquerie d'apparition et de disparition, répétition d'épisodes oniroïdes à intervalles irréguliers, juxtaposition des idées intuitivement apparues avec réalisations délirantes immédiates; chaque idée n'ayant qu'un lien très vague avec la précédente),

Si l'on se rappelle dans l'ensemble le cas de la malade Lef... (Obs. X), auquel, en raison de l'évolution générale du délire, l'épithète d'état schizomaniac a été appliquée, on voit qu'il y a toute une série de faits intermédiaires qui autorisent, nous le répétons, à parler moins d'état que de *structure* comitiale.

Parmi ces états intermédiaires, certains conduisent en dehors de l'épilepsie, vers les états *hystériques*. On sait combien le diagnostic peut être difficile entre les signes épileptiques et hystériques. La présence de crises nerveuses atypiques dans les deux cas, certaines analogies dans la mentalité des épileptiques et des hystériques ont pu faire parler chez certains malades d'hystéroépilepsie. La religiosité morbide, le délire d'allure mystique s'observent beaucoup chez les hystériques avec visions et apparitions.

Les exemples historiques abondent (LÉVY-VALENSI). Les crises ne se manifestent pas toujours avec des caractères d'évidence. Dans les cas typiques le délire garde la note confusionnelle et impulsive de l'épilepsie. Dans les formes limites, le diagnostic ne peut se faire que sur l'analyse des signes concomitamment observés.

CHAPITRE III.

PATHOGENIE.

Nous ne prendrons pas parti ici dans la question de la fréquence des états mystiques au cours des délires épileptiques. Nous avons vu que sur cette question les avis sont partagés (BOVEN, MARCHAND, les classiques). Par contre, nous désirons essayer d'éclairer, pour les délires mystiques qui ont pu être décrits, leur mécanisme d'apparition.

De nombreux psychiatres ont abordé ce sujet; nous nous appuierons sur leurs études; mais, comme eux, avant d'aborder la pathogénie des délires mystiques épileptiques, nous nous attaquerons à la question plus générale qui consiste à savoir comment surviennent les délires mystiques en dehors même de l'épilepsie.

1. *Pathogénie générale des délires mystiques.*

La question a été très étudiée mais les auteurs ne sont pas tous d'accord. Nous nous trouvons en face de deux théories : l'une veut que les idées délirantes religieuses trouvent leur source dans un trouble organique du malade; pour l'autre, c'est uniquement d'une constitution spéciale de l'esprit que relèverait cette psychose.

A. Explications psychogénétiques.

La plus anciennement soutenue est la théorie psychogène, puisque DE MORSIER a pu écrire en 1933 du syndrome mystique qu'il a été « considéré uniquement jusqu'à aujourd'hui comme relevant des explications psychologiques. »

Voyons ce que disent à ce sujet les psychiatres et psychologues de ce siècle.

En 1902, LEUBA décrit à la base du syndrome mystique quatre tendances fondamentales, qui, selon lui, suffisent à l'expliquer.

- C'est :
1. la tendance à la jouissance organique,
 2. la tendance à l'affaïssement de la pensée,
 3. le besoin d'un soutien affectif,
 4. la tendance à l'universalisation de la volonté.

Si, dans sa première considération, LEUBA entrevoit que l'organicité puisse jouer un rôle, du moins la part prépondérante reste-t-elle au psychisme du sujet qui y participe par ses diverses fonctions : intelligence, sentiment et volonté.

Pour DELACROIX, ce qu'il appelle « l'intuition mystique », est une « faculté normale plus ou moins dévolue à tous les individus d'un milieu mental supérieur. » Ainsi donc, pour cet auteur, non seulement les phénomènes mystiques ont uniquement leur source dans une tendance de l'esprit, mais cette tendance existe normalement chez tous les hommes à esprit tant soit peu supérieur. Quant aux manifestations du mysticisme qui peuvent paraître sortir du naturel, leur point de départ est aussi normal que celui du mysticisme qui les engendre : l'extase, en effet, est une « activité subconsciente soutenue par certaines dispositions naturelles et réglées par un mécanisme régulateur ». Il faut rapprocher cette théorie de

celle de TAINÉ pour qui « l'hallucination est un mécanisme normal de la pensée humaine. »

FLOURNOY, qui aborde le même sujet, confirme la thèse de LEUBA; pour cet auteur les quatre tendances dont il parle, surviennent « sur un terrain médiumnique, c'est-à-dire enclin aux dissociations mentales et à la formation de personnalités secondaires et vous avez, dit l'auteur, tout ce qu'il faut pour expliquer la genèse subliminale des phénomènes mystiques. »

Quant à Pierre JANET, il considère la thèse de LEUBA valable pour expliquer non seulement les manifestations du mysticisme, mais encore les délires mystiques eux-mêmes, ce qui, pour lui, revient au même. L'auteur va plus loin encore et étend cette explication à tous les délires : « c'est ce besoin de direction, cette recherche d'une influence protectrice et excitante, qui, par les efforts et les doutes qu'ils déterminent amènent les obsessions et les délires... A un certain moment, à la suite d'un abaissement plus grand de la tension psychologique qui supprime la réflexion déjà défaillante ils cessent d'interroger et de douter, ils affirment ce qu'ils désiraient, ils construisent un délire... »

FREUD, naturellement, par ses théories de refoulement et de compensation, met aussi le psychisme en jeu.

B. Explications organicistes.

Toute différente est la thèse qui veut trouver l'origine des phénomènes et délires mystiques dans l'organicité. Nous en trouvons la trace dans les auteurs précédents : en aucune matière il n'y a de fossés bien tranchés. LEUBA, ne considère-t-il pas comme certain le rôle de l'aspiration à la jouissance

organique, ce qui n'est pas purement physique mais fait néanmoins entrer en jeu cette notion ?

FLOURNOY a montré le rôle de l'influence menstruelle sur les phénomènes que nous étudions.

Pour LÉVY-VALENSI, c'est le développement général et soudain de la sphère génitale, pendant l'adolescence, qui, en créant un déséquilibre, favorise l'apparition des névroses. Sur cette notion, les auteurs anglais ont insisté : non seulement son développement à la puberté va avoir une action importante sur l'état mental, mais toutes les modifications qu'il va subir au cours de la vie sexuelle seront susceptibles de retentir sur l'activité cérébrale des individus.

D'ailleurs ne connaît-on pas la fréquence des états délirants, mystiques ou autres, soit pendant la grossesse ou le post-partum, soit à la ménopause ; ils sont en rapport direct avec la vie génitale. Citons, à ce propos, l'observation de NAGATY : Une femme au cours de chacune de six grossesses consécutives fit des accidents délirants d'allure mystique.

LÉVY-VALENSI considère ces périodes de la vie comme étant celles qui sont les plus propices à l'éclosion des idées mystiques : « Les idées mystiques ne coïncident-elles pas parfois avec l'évolution de la fonction ovarienne, puberté, puerpéralité, ménopause, aux heures troubles où s'éveille et se rallume la flamme de la passion amoureuse. »

D'ailleurs cet auteur insiste et rapproche souvent le délire mystique et l'érotisme, frappé qu'il est par « le langage mystico-érotique de quelques excités maniaques ou autres ». « Les délirants mystiques sont souvent troublés dans leur fonction génitale, ils éprouvent des sensations voluptueuses, ont des relations sexuelles (incubes et succubes) parfois des relations contre nature, etc... »

Allant plus loin, LÉVY-VALENSI signale la fréquence de certaines manifestations chez les mystiques : « Lisez l'histoire des grands mystiques, dit-il, et vous verrez dans leur attitude et leurs paroles des manifestations d'amour qui n'ont pas toujours le caractère céleste. Le mysticisme n'est souvent que la sublimation de l'amour, l'association des idées érotiques et mystiques indique la rétrogradation de cette sublimation. »

GOLDBLADT, qui s'est beaucoup intéressé à la religiosité et en particulier à la religiosité pathologique, se rallie à une théorie organique ; mais, comme nous allons le voir, le facteur organique est pour lui intimement lié au psychique. Le mysticisme et ses phénomènes ont leur source dans le subconscient, c'est-à-dire, dans les couches inférieures de l'activité cérébrale : « Il s'agit, dit-il, d'un phénomène élémentaire : il serait déterminé par le mécanisme physiologique de la sphère du subconscient, c'est-à-dire par une prédominance des couches cérébrales phylogénétiquement anciennes allant de pair avec une défaillance des fonctions corticales supérieures. »

DE MORSIER, lui, prend nettement parti pour l'organicité des phénomènes mystiques ; sans affirmer que tous ont cette base organique, il pense au moins que certains de ces phénomènes ont uniquement cette origine ; s'il le fait et s'oppose ainsi aux théories antérieures, c'est en se basant sur des données expérimentales. Pour cet auteur, le syndrome mystique se confond avec le syndrome hallucinatoire dont il n'est qu'une des variétés ; or, il a relevé de nombreux exemples de syndromes hallucinatoires survenant les uns au cours d'une typhoïde, les autres au cours d'une encéphalite, d'une anémie pernicieuse, d'une maladie de Recklinghausen, d'une hypertension intra-cranienne, affections variées, qui toutes sont in-

dubitablement organiques. Allant plus loin, il nous donne l'observation d'un cas de syndrome mystique complet, avec extase, survenant au cours d'une syphilis cérébrale en évolution. Comme la lésion, les phénomènes mystiques sont survenus douze ans après l'infection primaire, et il y a cessation de ces mêmes phénomènes pendant le traitement.

OBSERVATION XI.

DE MORSIER. Résumé.

Syndrome hallucinatoire de type mystique apparu au cours d'une syphilis cérébrale.

Mathilde D., 50 ans, Suisse. Est élevée dans la religion protestante. Enfance et jeunesse sans incident; à l'âge de 20 ans, elle épouse un engagé de la Légion étrangère, alcoolique et syphilitique. Première grossesse l'année suivante, l'enfant meurt à 9 mois d'une pneumonie avec éruption cutanée. La mère est traitée par une série de piqûres de mercure. L'année suivante fausse couche de 5 mois. Divorce à 22 ans. Deux fausses couches spontanées dans la suite. A 27 ans, second mariage. Ni enfant, ni fausse couche; le mari meurt treize ans après de sclérose latérale amyotrophique. Les phénomènes pathologiques débutent à l'âge de 32 ans, alors qu'elle est encore mariée et qu'elle est employée dans une fabrique de munitions. Elle a subitement « l'intuition » que M., son contre-maître, est le Christ. Elle lui écrit différentes lettres dans lesquelles elle développe cette révélation. L'année suivante, commence une période de possession diabolique nocturne. Ces assauts diaboliques ont duré pendant deux ans. A ce moment elle change de fabrique. Elle sent que le nouveau contre-maître P. l'entoure de sa pensée. Il lui donne de bons conseils « à distance ». C'est la pensée de P. qui la fait agir. Elle entend sa voix qui la réconforte et lui fait des promesses. Une fois, la voix céleste lui commande de se faire couper les cheveux et elle obéit; un autre jour, en rentrant du travail elle « sent » une présence qui lui dit : « Mon enfant, va

prier ». Comme elle se met à genoux, et commence, la voix l'interrompt : « Pas cela ! Que veux-tu, mon enfant ? ». — « Oh ! mon Dieu, je veux l'Amour » répond-elle. Alors elle sent une main qui se pose sur sa tête et la voix dit : « Oui, mon enfant, tu l'auras. »

Deux ans après commence une période de « sécheresse » qui doit durer pendant sept ans. Elle ne sent plus l'influence bienfaisante de P. Elle est délaissée et triste. De plus, elle sait, par intuition, que P. s'occupe des autres ouvrières et elle sent en « souffrance » les sensations voluptueuses qu'il procure aux autres. C'est pendant cette période d'abandon du Divin que fleurissent toutes sortes d'automatismes à contenu désagréable. Quand elle passe dans la rue, les passants lui crient de vilains mots, ou lui donnent des ordres, ou lui envoient du sommeil, etc.

Toutes ces persécutions viennent sans doute de M. qui tend de plus en plus à personnifier la puissance diabolique, et s'oppose à P. qui incarne la puissance divine. En 1929, nouvelle période active. Elle est reprise par P., qui l'aide à lutter et à triompher de la sorcellerie qui la tracasse continuellement. Mais en février 1930, nouvelle période de « sécheresse », elle se sent lâchée, abandonnée sans défense à ses persécuteurs diaboliques. Un matin, en arrivant à l'usine, elle fait une scène violente au contre-maître, lui reprochant de l'avoir lâchée et le menace de le tuer s'il ne la reprend pas sous son influence. Elle est alors envoyée à la Clinique.

Examen clinique : Pas de signes de lésions viscérales. T. A. 12-7; Urée sanguine 40 cg.; pas de signes neurologiques; pas de diminution du fond mental; la mémoire, l'attention sont bonnes.

Ponction lombaire : liquide clair; pression 20; albumine, 56 cg.; 28 lymphocytes, B.-W. positif; Pandy + + +. Benjoin colloïdal : précipitation dans les 12 premiers tubes. Le sang a un B.-W. positif et un Vernes à 24.

Elle est alors soumise à un traitement (arsenic et bismuth) après lequel la B.-W. du sang devient négatif et le Vernes tombe à 0. Pendant son séjour à l'hôpital des automatismes ont presque complètement disparu. Après sa sortie de la Clinique, la malade a repris son travail et les extases sont devenues cette fois complètes. Elle a été possédée deux fois par le Christ en la personne de P. avec béatitude complète. Elle est mariée « célestement » avec lui et va avoir des enfants.

Nous voulons rapprocher de cette observation, deux autres

qui nous ont paru également typiques et capables, comme celle de DE MORSIER, de prouver l'origine uniquement organique de certains cas de délire mystique. La première, empruntée à LEONHARD, décrit une forme post-encéphalitique.

OBSERVATION XII.

LEONHARD. Résumé.

Délire mystique, de forme paranoïde avec hallucinations, post-encéphalitique.

Joseph D., pas de tares héréditaires; dans sa jeunesse avait des craintes nocturnes et parfois croyait voir des fantômes. Du reste, tout à fait sain avant l'encéphalite. En mars 1921, à l'âge de 14 ans, rhume de cerveau avec fièvre, somnolence, céphalée, diplopie. S'est rétabli assez lentement et commença bientôt à montrer des troubles psychiques. A partir de Noël 1921 il ne tenait plus en place, était excité et hors de lui. En octobre 1922 entre à la Clinique; toujours en lutte avec les autres malades, il les agace et les excite; donne des coups sans précaution mais n'attaque que les plus faibles; il se retient lâchement devant les plus forts. En présence des médecins, il fait l'innocent, rejette la faute sur les autres et ment; il se plaint sans mesure et, vis-à-vis des infirmiers, se montre violent et sans frein.

A partir de février 1931, apparaissent les idées religieuses; il dit qu'il est saint, que comme sa sœur il porte les plaies du Christ; il devient de plus en plus évident qu'il est sous l'influence d'hallucinations. Il voit Dieu dans de ses anciens médecins; se voit lui-même assis sur le trône de Dieu, cependant que sa mère est étendue sur un lit et que ses frères plus âgés jouent à côté comme de petits enfants. Il voit un homme qui va être guillotiné, dont la tête reste encore attachée au corps par un fil, la figure prenant l'expression du repentir. Il a une foule d'apparitions semblables. D'autre part, il entend dire : « nous moissonnons »; il entend aussi deux fillettes se disputer pour savoir laquelle l'aura pour époux. Ensuite, il sent qu'on le crucifie et que les clous pénètrent dans les pieds.

En somme, notre malade présente des hallucinations de tous les domaines sensoriels. Au premier plan sont les hallucinations visuelles; elles rappellent beaucoup les rêveries, mais les dépassent considérablement par l'exactitude et la vivacité des impressions. Son jugement vis-à-vis des hallucinations est indécis. Il les raconte le plus souvent comme des faits, mais il les laisse mettre en doute par la critique. Elles se produisent principalement dans la nuit, probablement en s'endormant, plus rarement pendant le jour. Il présente aussi des idées délirantes de grandeur : il s'appelle Fils de Dieu, il est chargé de combattre l'Anté-Christ, il raconte avoir bu fraternellement avec l'Esprit Saint et ajoute qu'il savait depuis le ventre de sa mère qu'il monterait sur le Trône de la Trinité. Ses pensées sont très difficiles à fixer; il tend toujours à dériver et à prendre un autre sujet. La personnalité est conservée; il n'a pas de modification de l'affectivité, il suit avec grand intérêt ce qui l'entoure, il s'informe de tout. Dans la conversation courante il est accessible et naturel; seulement il a fréquemment quelque chose de dépravé et d'enfantin.

Examen neurologique : amimie, anisocorie, parésie de la convergence, nystagmus, légers troubles de tonus.

Enfin, dans la paralysie générale, on connaît plusieurs cas de délires mystiques. En voici un tiré de la thèse de L. CORMAN.

OBSERVATION XIII.

L. CORMAN.

Délire mystique et mégalomaniacue.

Hallucinations auditives et visuelles. Désorientation.

Plus tard, disparition de ces manifestations.

Etat de démence simple avec dysarthrie.

Bonne santé antérieure. Forte corpulence.

Da... Marcel, fourreur, âgé de 28 ans, entre dans le service du Professeur Guillaïn en avril 1931. Peu de temps après son entrée, il

se met à délirer et présente une agitation incessante, qui nécessite son passage dans le service du D^r Crouzon.

L'agitation est continuelle. Elle est en partie commandée par les idées délirantes. Celles-ci sont nombreuses et sans aucun lien. Le malade se dit Dieu. Il va monter incessamment au ciel où des voix angéliques l'appellent. Il veut conserver avec lui les débris de son repas et ses excréments afin de les envoyer au ciel. De temps à autre il refuse de manger, alléguant l'injonction de ces voix. Il a, par ailleurs, des hallucinations visuelles très nombreuses; il voit des animaux sur le sol, des serpents en particulier; il les suit du geste et de la parole, mais il n'en paraît pas effrayé. Il est impossible d'obtenir de lui une parole sensée; il ignore la date, la nature des lieux où il est. Pas de dysarthrie. Mais rigidité pupillaire. L. C. R., 50 à 72 l., benjoin et B.-W. positifs.

Cet état de délire et d'agitation se poursuit. La malariathérapie instituée en mai n'amène aucune amélioration. Le malade est placé en juillet à Villejuif, dans le service du D^r Ducosté. Il a subi une inoculation intracérébrale du virus paludéen. Actuellement, l'état est bien meilleur qu'au début de 1931. La santé physique excellente: le malade qui pendant sa période d'agitation avait maigri, a retrouvé son embonpoint antérieur et même le dépasse (80 kg.). Il n'est plus agité. La dysarthrie est légère, mais nette. Le malade a conscience du lieu où il se trouve et de sa maladie. Toutefois, son intelligence donne encore les marques d'un profond affaiblissement.

Père de grande taille et de bonne corpulence, mort à 61 ans d'affection cardio-aortique. Mère de grande taille et de forte corpulence morte à 70 ans d'un cancer digestif. Ont eu dix enfants. Les quatre premiers sont morts en bas âge, avec des convulsions. Cinq des autres sont bien portants et de constitution robuste. Longévité chez les ascendants.

Nous voulons rapprocher de ces faits l'opinion déjà citée du Professeur Pierre JANET. Pour cet auteur, les phénomènes purement moraux peuvent occasionner une baisse de la tension psychologique; mais cette baisse peut provenir également de modifications organiques. C'est le cas des délires psychasthéniques; et Pierre JANET nous en donne un exemple dans la célèbre observation de Madeleine.

OBSERVATION XIV.

P. JANET. Résumé.

Madeleine est une mystique psychasténique. Ses antécédents héréditaires apparaissent déjà chargés au point de vue névropathique : son père, sans être franchement anormal, était émotif, utopique et très exalté. De ses trois sœurs, l'une souffrit de troubles mentaux passagers à la suite de malheurs de ménage; la seconde, avait des migraines assez graves et périodiques; la troisième, présentait de fréquentes crises de nerfs de forme hystérique. Madeleine a toujours eu une santé très délicate. Dès l'enfance, elle présenta des troubles moteurs : elle marcha très en retard et conserva jusqu'à 10 ans une faiblesse des jambes avec gêne de la marche.

Elle a toujours été d'une impressionnabilité extrême, les émotions même légères, lui donnant des évanouissements ou de petites crises de nerfs avec attitudes cataleptiques. Dès son enfance, elle fut une scrupuleuse, obsédée (crainte irraisonnée de n'avoir pas remis un livre en place, crainte de débauche à l'occasion de sa toilette intime, etc.). Toute sa vie elle eut des troubles névropathiques : dyspepsie acide; accidents d'entérite muco-membraneuse; crise de toux spasmodiques suivies d'expectoration glaireuse.

A 38 ans, apparaissent des contractures permanentes des membres inférieurs, qui entraînent la marche sur la pointe des pieds mais ne s'accompagnent pas de troubles de la sensibilité objective. Elle présente aussi par moments des « stigmates », lésions ulcéreuses superficielles au niveau des pieds et des mains rappelant la localisation des plaies du Christ.

A la fin de sa vie, apparut une cypho-scoliose qui permit au Professeur JANET de soupçonner la syringomyélie, mais à ce moment l'éloignement de la malade ne lui permit pas de vérifier cette supposition.

Au point de vue mystique, Madeleine fut toujours d'une grande piété qui, dès ses 20 ans la porta à quitter sa famille pour vivre dans la solitude et la misère volontaire; fréquemment et de plus, vers la fin de sa vie, elle tombait en des extases répétées.

Dans ce cas les troubles psychiques s'associent également aux troubles physiques pour aboutir à un état mystique morbide.

Rappelons enfin, pour la rapprocher de celle de P. JANET, l'opinion de M. CLAUDE, qui insiste sur la fréquence avec laquelle on voit survenir un délire, quel qu'il soit, sur une base d'asthénie psychologique. Beaucoup de délirants, a-t-il remarqué, sont des surmenés, « ...surmenage non pas effectif, mais relatif. Pour ces cerveaux une certaine activité psychique, un changement des conditions sociales qui serait supporté par d'autres, produisent la déchéance fonctionnelle de l'organe. »

En conclusion, le rôle de l'organicité n'est pas absolu. Certes, il est réel dans bien des cas, mais il n'est presque jamais seul en cause. Nous voyons intervenir dans le jeu de toutes nos fonctions, des manifestations physiologiques et psychologiques. Ces manifestations sont étroitement associées dans la genèse du délire en général et du délire d'allure mystique en particulier.

C. Théorie mixte.

Pour M. CLAUDE et son école, on ne saurait concevoir un délire sans se rendre compte à la fois de l'état de l'organisme et de la personnalité du sujet. Voici, reproduite à titre d'exemple, une observation publiée jadis par MM. CLAUDE et DUBLINEAU, qui illustre ce qui précède :

OBSERVATION XV.

CLAUDE ET DUBLINEAU.

Délire de compensation de type mystique à forme intuitive et pseudo-hallucinatoire.

D., concierge, 49 ans, entre à la Clinique le 14 octobre 1931, venant de l'Infirmierie spéciale. Sans antécédents notables. Marié à 24 ans; deux enfants; certificat d'études à 14 ans. D. travaille d'abord la ter-

re chez ses parents, puis, après son temps de service et un court passage dans les chemins de fer, entre à 24 ans dans la police parisienne.

En 1928, retraite anticipée (probablement à la suite des premiers troubles mentaux). Depuis, il est concierge.

Début des troubles nettement contemporain de la mort de sa femme (avril 1928). Dans la nuit même qui suivit l'enterrement, D. vit des choses « bien banales, mais qui prennent de l'importance quand on y fait attention » : le passage d'une chauve-souris, un « craquement » du réveil, alors qu'il était en prières, lui firent penser qu'il allait se passer bientôt quelque chose d'extraordinaire.

A partir de ce moment, des choses « surnaturelles » continuèrent à se dérouler sous forme de présages, lus surtout dans le passage des oiseaux et la forme des nuages.

Trois mois plus tard, le 17 juillet 1928, vers 9 heures du matin, étant de faction aux Champs-Élysées, « je voyais, dit-il, les feuilles précocement jaunies des marronniers. A ce moment, une idée subite m'est venue en voyant cela : c'est qu'il allait y avoir la guerre et que les hommes seraient fauchés comme les feuilles qui tombent. L'air était alors comme jaune-verdâtre, rappelant le ciel de bataille de Verdun. Ces choses-là vous donnent des pensées subites. » Interrogé en détail sur cette « idée subite », difficulté d'exprimer exactement ce qui s'est passé. Se retranche derrière les : « Vous ne pouvez pas comprendre ». Proteste énergiquement lorsqu'on lui parle d'une voix. Proteste de même quand on assimile cette idée à ses idées habituelles. Ce n'est pas lui qui a pensé cela, c'est certainement la divinité qui l'a inspiré. Quoiqu'il en soit, lettre immédiate au Président de la République annonçant la guerre prochaine. Dans les jours qui suivirent, sentiment constant de présence. D. croyait toujours voir des enfants autour de lui. Bientôt, ce sentiment se transforme en une impression de force mystérieuse : D. a senti cette force « comme on subit le vent de la mer ». C'est un « souffle divin » qu'on sent dans les jambes et qui vous pousse si bien qu'il n'y a plus qu'à se laisser aller par lui. Ce souffle lui faisait dépister les pécheresses sur le trottoir ; d'où l'impression qu'il avait une mission à remplir, « pareille à celle des prêtres ». Lettres au Président de la Chambre et à un député, demandant « l'obligation du baptême en France et aux colonies, et les suppressions du concubinage ».

Dès ce moment, D. pense que « le Seigneur tout puissant lui a ouvert les yeux. » Pas d'apparition divine, mais visions célestes sous

forme d'images symboliques retrouvées dans le dessin des nuages (anges, pièces de canon, alliances). Une nuit, vision, dans un coin de sa chambre d'une étoile « de la grandeur d'une étoile du ciel ». Il y a un an et demi environ, apparition de voix. D. les entend pour la première fois rue de la Chaise : « Ce jour-là, j'étais en train de prier, et je disais au Seigneur dans ma prière : « Seigneur, j'aime tellement votre charrette divine que je vous en oublie ». Il m'a répondu : « Tu fais passer la charrette avant les bœufs. »

Réauditions ultérieures fréquentes de la voix divine (voix intérieure) : « Je suppose, ajoute D., qu'on peut entendre de vraies voix, mais il faut être plus initié que je ne suis. Si je les entendais, cela me ferait peur. »

Pas d'énunciation des actes. Pas d'écho de la pensée. Plus récemment, voix intérieure de sa femme morte. Cette voix n'est pas toujours reconnaissable : « Quand je ne suis pas sûr, je demande qui me parle, et j'entends mon épouse qui me dit : « C'est moi. »

Trajets imposés, arrêts dans la rue. Ordre récent de jeûner 105 jours. Pendant ce jeûne, vision « de N.-S. avec son cœur transpercé de deux poignards ». Jamais d'insultes. Quelquefois odeurs, parfums. Par ailleurs, interprétations symboliques permanentes : un matin, trouve son caleçon boutonné : à son avis, c'est extraordinaire ; c'est un ange qui a dû venir. Le même fait se reproduit trois fois de suite. « On avait dû faire des choses malpropres dans la maison. »

Arrêté pour refus réitérés de circuler dans la rue du Bac, où le souffle divin le poussait souvent.

A l'asile, D. est calme, d'une politesse condescendante. Il ne demande qu'à s'expliquer, mais en avertissant que nous ne pourrions pas comprendre. Il est heureux d'être en communication de pensée avec le Seigneur. Il est convaincu de l'importance de sa mission (le relèvement des pécheresses). Il prétend avoir actuellement un certain nombre de pressentiments qu'il se refuse à dévoiler. Puérilité de l'expression. Naïvetés. Bonasseries. On est surtout frappé par la réduction affective, avec acceptation euphorique du séjour à l'asile. Disparition, depuis l'internement des phénomènes pseudo-hallucinatoires. L'état somatique est satisfaisant.

Voici les commentaires des auteurs :

« Considérée dans son ensemble, notre observation peut se résumer ainsi : au début, le sujet éprouve des pressentiments,

intuitions personnelles, à l'occasion de faits en apparence banaux. Ces intuitions à forme interprétative, réalisent des types de passage entre l'interprétation et l'intuition vraie. Elles sont l'illustration de l'absurdité si fréquente des déductions de l'interprétant, sur laquelle avec TARGOWLA, l'un de nous avec d'autres auteurs, a insisté par ailleurs.

Rapidement, chez notre malade, s'opère un mécanisme de dépersonnalisation, avec sentiment de productions surnaturelles. Ce caractère surnaturel éclate à l'occasion d'un épisode déterminé : prévision de guerre prochaine au cours d'un état illusionnel de rêverie dans l'exercice de ses fonctions. Il s'agit là d'une idée subite, prétendue exogène, et qui, à ce titre, et sous les réserves que nous retrouverons tout à l'heure, se rapprocherait des idées autochtones de WERNICKE. Ultérieurement apparaîtront les paresthésies que traduit un « souffle divin » avec impulsions motrices. Finalement, le sujet entend des voix intérieures, d'origine divine pour la plupart, avec ou sans appoint psychosensoriel concomittant. »

Au total, les auteurs insistent sur ce double élément, organique et psychique, qui a présidé à l'éclosion de ce délire à thème grossièrement mystique et ils concluent ainsi :

« Cette union de l'intuition délirante et des états affectifs est évidente dans les troubles paroxystiques de l'affectivité (psychoses anxieuses), avec leur double critère, biologique (intensité de déséquilibre) et psychologique (éclosion subite et réitérée d'idées si souvent intuitives). Elle paraît moins évidente dans les états du genre de celui qui est étudié ici. Néanmoins, il n'est pas interdit d'admettre que les intuitions extériorisent les modifications biologiques (bien connues aujourd'hui : CANNON, G. DUMAS) du choc émotif initial. A ce titre, elles complètent la notion de compensation, en ajoutant

au mécanisme psychologique évident de ce dernier l'hypothèse vraisemblable d'un facteur biologique initial sous-jacent. »

D. Le terrain.

D'ailleurs au rôle des facteurs immédiats s'ajoute celui du terrain constitutionnel et des tendances antérieures du sujet. Ce dernier n'est pas le moins important.

Des travaux récents ont mis en évidence cette importance. On ne saurait concevoir le délire sans prendre en considération la personnalité du sujet en bloc. Le délire doit être considéré non pas en soi, mais par rapport au délirant lui-même.

Parmi les faits expérimentaux qui viennent confirmer cette notion, nous rappellerons les récentes expériences de MM. CLAUDE et EY avec la *mescaline*.

Cette substance libère mais ne crée pas de fantasmes, qui dépendent en grande partie de la constitution psychique du sujet. « Les phénomènes hallucinatoires, les rêveries que déclenche la mescaline, nous ont paru, disent les auteurs, en étroite liaison avec l'ensemble de la personnalité psychique du sujet et particulièrement de l'ensemble de ses tendances instinctives et affectives. »

Nous devons à MM. CLAUDE et EY l'autorisation de rapporter ici le cas d'une femme, Mme M..., dont l'observation avait été publiée par MM. CLAUDE et LÉVY-VALENSI. Chez cette malade existait un état périodique avec hallucinations à thème mystique qui s'étaient améliorées par le traitement thyroïdien. Cette femme fut soumise récemment à des injections de mescaline; au cours de celles-ci on vit reparaitre un syndrome délirant à thème mystique rappelant à la fois les thèmes antérieurs et les tendances personnelles de la malade. Ainsi les auteurs confirment le fait que « les facteurs organi-

ques sont des conditions de déficit fonctionnel » pour l'éclosion d'un délire.

Sur ce rôle des tendances antérieures, bien des auteurs, et LADAME en particulier, ont déjà insisté. Il est évident que presque tous les délirants qui sont en proie à des idées mystiques étaient antérieurement « religieux » ; il faut prendre ce mot « religieux » dans un sens très large, indiquant une tendance d'esprit plutôt qu'une croyance en telle ou telle dogmatique ; il y a des gens sans religion qui ont cependant l'esprit religieux. Ainsi, « il faudra rattacher aux idées religieuses, écrit LÉVY-VALENSI, toutes les manifestations délirantes basées sur le surnaturel ; spiritisme, superstitions, etc..., l'idée religieuse suit l'évolution du temps ; elle était jadis mystique, hier spirite, elle sera peut-être demain métaphysique, mais elle aura toujours ses délirants. »

En conclusion, facteurs organiques, facteurs psychiques, rôle du terrain et des tendances antérieures du sujet, voilà trois ordres de facteurs qui interviennent dans la pathogénie des délires en général, des délires mystiques en particulier. Comme nous allons le voir, la pathogénie des délires mystiques au cours des états épileptiques s'inspire de la même série de causes.

2. Pathogénie des délires mystiques au cours de l'épilepsie.

Nous venons de rechercher pourquoi survient un délire mystique, considéré en dehors de toute question nosologique.

Une autre question se pose : pourquoi le délire mystique survient-il au cours de l'épilepsie ?

On a remarqué la coïncidence entre l'âge d'apparition optimum de l'épilepsie et de l'éclosion des sentiments religieux.

Un auteur anglais, STARBRUCK, à propos d'épilepsie, frappé par la fréquence avec laquelle cette maladie survient entre 13 et 18 ans, se basant en cela sur les statistiques de GOWERS, l'explique par la soudaineté de la croissance, du développement physique à cette époque. « S'il n'y a pas d'obstacle à la dépense de cette nouvelle énergie, dit STARBRUCK, il en résulte une explosion de vie, la conscience et l'appréciation de la vérité...; si, au contraire, la sortie de cette libre expression est empêchée, il en résulte une absence de développement des facultés, reconnaissable par la douleur, la détresse, l'angoisse... Cet âge de l'adolescence est la période des adaptations physiologiques les plus rapides et par conséquent est caractérisée par une très grande instabilité. Selon les statistiques de GOWERS, c'est pendant la période de 13 à 18 ans que l'épilepsie débute le plus volontiers. Cette maladie est due à l'instabilité mentale et motrice de l'organisme qui empêche l'inhibition normale de l'énergie dans la sphère motrice. »

Les années de sa plus grande fréquence, conclut-il, sont justement celles où l'organisme, en voie de rapide croissance, est le plus instable.

Même pour les penchants religieux, l'adolescence est l'époque où ceux-ci, comme toutes les autres tendances de l'esprit, vont se développer en étendue et en profondeur (CLOUSTON).

Mais existe-t-il une prédisposition mystique comitiale ?

A. — Rôle du terrain.

Nous avons vu, à propos de la constitution épileptoïde, que le caractère épileptique offre des tendances à une certaine religiosité. Pour Mme MINKOWSKA « la religiosité est liée au trouble générateur de l'épilepsie, elle n'est qu'une de ses expressions immédiates ».

Il semble donc naturel, à priori, à la lumière de ce qui précède que les épileptiques fassent un délire à contenu souvent religieux.

En réalité, ce n'est là qu'un des côtés du problème.

B. — Rôle des mécanismes psychogéniques.

Nombre d'auteurs ont insisté sur les relations entre l'épilepsie et la psychose maniaque dépressive, cette dernière étant considérée surtout dans ses formes mélancoliques.

Pour FÉRÉ (*in* BOVEN) : « la dépression post-critique explique l'apparition du délire et particulièrement de la religiosité morbide. »

KRAEPELIN, à ce sujet, émet l'hypothèse que « chez un malade sans recours, l'espoir d'une guérison, due à quelque puissance surnaturelle, trouve un terrain spécialement favorable. »

Tout se passerait, en somme, comme si, dans ces cas, le délire mystique n'était que le fruit, sous l'influence de l'angoisse post-critique, d'une *compensation*, selon un mécanisme antérieurement décrit par plusieurs auteurs (MIGNARD, MONTASUT, CLAUDE, etc.).

BOVEN a fourni une explication pathogénique qui se rapproche des précédentes. Elle analyse ce que peut être l'état d'esprit du malade pendant sa crise. L'auteur insiste sur l'impression de mort qui doit être celle du sujet en proie au « haut mal », impression de mort génératrice d'une profonde angoisse ; ceci n'a pas que la valeur d'une hypothèse, nous dit-il, car nombreux sont les épileptiques qui, soit se souviennent plus ou moins vaguement de cette sensation d'angoisse ressentie au moment de la chute, ou lorsque la conscience commence à leur revenir, soit manifestent par des expressions,

des cris, des paroles, des gestes, cette terreur profonde qui fait suite à la crise.

Cette impression de mort rappellerait le fond de religiosité plus ou moins existante chez la majorité des hommes. Et ainsi s'explique, pour BOVEX, ces périodes plus ou moins longues de délire religieux que traversent les épileptiques après leur crise, pendant lesquelles ils invoquent Dieu, croient être en sa présence, ou tremblent dans la crainte de l'enfer.

« Le caractère fréquemment religieux, métaphysique, mystique des délires du haut mal, manifeste la réaction interprétative d'un esprit confus au traumatisme des processus épileptiques. Abasourdi par les impressions d'une cénesthésie rudoyée, l'esprit rêve de la mort, évoquant parmi les idées connexes soit des images funèbres, soit, par exemple, l'image de Dieu. Ainsi se constituent ces visions extatiques, ces spectacles naïfs comme les « Miracles » de la scène populaire. Ce n'est parfois qu'un acte du délire. C'est parfois le drame entier. »

C. — Rôle des désordres psycho-organiques.

Déjà KRAEPELIN avait recherché une explication de la tendance mystique des comitiaux : « ...parfois certaines sensations particulières en rapport avec les accès, écrit-il, évoquent l'idée d'une influence divine. »

En réalité, à propos d'un cas récent, MM. CLAUDE, EY et MIGAULT ont insisté sur la structure *dysesthésique* de certains épileptiques. Sous ce terme, nous avons vu que ces auteurs désignaient des états « faits de sentiments, d'impressions, d'état d'âme anormaux. » Chez la malade qu'ils présentaient à ce sujet, existaient, à côté des manifestations à type oniroïde, d'autres phénomènes qu'ils isolent ainsi : impression d'asthénie, sentiment d'incomplétude et d'irréalité, impres-

sion de mort, mort imminente, impression à caractère anesthésique pénible, altérations de la réalité, du sentiment du présent, impression de « décalage » dans le temps et de retour dans le passé, sentiment de dépersonnalisation, ce dernier résultant en quelque sorte des phénomènes précédents.

« Il est à peine besoin, en effet, de souligner ici tout l'ensemble des sentiments d'emprise, d'influence, de transitivity qui se juxtaposent au mentisme, au déroulement incoercible des souvenirs, à la régression ecnnésique, aux sentiments d'irréel, de rêve et de transformation personnelle pour constituer le « syndrome dysesthésique ». Nous indiquons seulement que cet état est le type d'un état pseudo-hallucinatoire dont ce qu'on appelle généralement les hallucinations psychiques ne sont qu'un aspect. »

On peut en rapprocher les faits décrits par PICARD au cours de la discussion qui suivit la présentation de cette observation.

Même sans que les épileptiques fassent de vrai syndrome mystique, dit cet auteur, « on observe chez eux des sentiments d'extase et d'ineffable provoquant des joies sans motif et des sensations de bien-être général. »

PICARD en rapproche très justement le cas de Dostoïewski, qui fut un épileptique célèbre ; avant ses crises, bien souvent, il était envahi d'une grande joie intérieure et se sentait soudain « en présence de l'harmonie universelle. »

Par ailleurs, et surtout à côté de cette structure dysesthésique, existe, nous l'avons vu dans les états épileptiques, une structure oniroïde, dans laquelle le sujet se meut dans une sorte de rêve, état intermédiaire entre le réel et l'imaginaire. C'est dans des états de ce genre, véritables états crépusculaires, que s'élaborent les visions célestes, ces délires d'allure

mystique. Ils répondent en partie aux *epileptische Dämmerzustände* de KLEIST.

Structure oniroïde et structure dysesthésique, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sont souvent intriquées, réalisant des états hyponoïdes.

D. — Conclusion.

Ces troubles traduisent, de la façon la plus nette, la *structure* spéciale qui s'attache aux états épileptiques et, en conclusion, on peut admettre que sur le terrain d'une religiosité morbide constitutionnelle, cette structure particulière oriente, chez les épileptiques avérés, le délire vers un type d'allure mystique. Inversement, en l'absence de toute crise, seule souvent l'allure mystique du délire dans lequel on retrouve les linéaments de l'activité oniroïde ou des sensations dysesthésiques épileptiques, peut permettre dans une certaine mesure de parler de structure comitiale, qu'il s'agisse d'épilepsie fruste (Obs. VIII) ou de formes pouvant se rattacher à d'autres groupes nosologiques, schizomaniac par exemple (Obs. X).

CONCLUSIONS.

I. — L'existence de délires mystiques religieux chez les épileptiques est un fait classique. Nous en rapportons plusieurs observations empruntées à divers auteurs. Toutefois, la fréquence de ces états, considérée comme grande par certains, est contestée par d'autres.

II. — L'existence d'une religiosité morbide est au moins aussi fréquente dans les états comitiaux frustes. Elle s'observe également dans les manifestations de l'épileptoïdie.

III. — Cliniquement, le délire présente les caractères du délire épileptique en général (brusquerie d'apparition, manifestations fréquemment à type confusionnel, durée brève, amnésie consécutive). Néanmoins, il existe toute une série de formes dégradées, depuis les manifestations franchement épileptiques, intriquées avec des crises typiques, jusqu'aux formes à type d'équivalents.

IV. — Enfin, on peut observer dans les familles d'épileptiques des sujets présentant des états mystiques religieux entièrement mnésiques. La question se pose chez eux de savoir dans quelle mesure l'épilepsie peut être mise en cause. A défaut d'un état comitial vrai, on peut être autorisé à envisager chez eux l'hypothèse d'une *structure comitiale*.

Le délire dans ce cas se manifeste, en effet, sous une forme d'état crépusculaire à type soit oniroïde, soit dysesthésique (CLAUDE, Ex); souvent d'ailleurs, les deux types s'intriquent en clinique.

V. -- Dans la pathogénie des délires mystiques de l'épilepsie comme dans celle des délires mystiques en général, interviennent à la fois des facteurs psychiques et organiques.

De plus, le délire ne prend au cours de l'épilepsie une forme mystique que lorsqu'il survient sur un terrain spécial; il ne fait alors qu'extérioriser les tendances antérieures du sujet à une religiosité plus ou moins morbide. Peut-être, cette religiosité est-elle entretenue par les sensations spéciales qui ont été décrites chez les comitiaux (extase, ravissement, sensation d'ineffable ou, au contraire, angoisse, état de rêve, etc.) et qui permettent de comprendre chez eux la fréquence des états hyponoïdes tels qu'ils ont été récemment décrits.

Vu :

Le Président de Thèse,
Henri CLAUDE.

Vu :

Le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
J. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE.

- ABADIE J. — L'épilepsie psychique. *Revue Neurologique*, 1932.
- AUMAITRE A. — *Contribution à l'étude de l'hystérie religieuse.*
Mme Guyon. Thèse, Paris, 1907.
- BALL B. — *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1882.
- BALLET Gilbert. — *Traité de pathologie mentale*, Paris, 1903.
- BAYLE A.-L.-J. — *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, Paris, 1826.
- BARUK H. — *Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales.* Thèse, Paris, 1926.
- BERCOVICI. — *Dostoïewski. Etude psycho-pathologique.* Thèse, Paris, 1933.
- BEVAN-LEWIS W. — *A text book of mental diseases*, London, 1889.
- BLEULER E. — *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin, 1920.
- BOVEN W. — Religiosité et épilepsie. *Schweitzer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 1918-19.
- BROWN-SEQUARD. — *Research on epilepsy*, 1877.
- CEILLIER A. — Idées et délires mystiques in *Pratique Médico-Chirurgicale*, T. V, Paris, 1931.
- CHASLIN Ph. — *Eléments de sémiologie et clinique mentale*, Paris, 1912.
- CHESTOV L. — *Les révélations de la mort. Etude sur Dostoïewski et Tolstoï.*

CLAUDE H. et DUBLINEAU J. — Délires de compensation de type mystique à forme intuitive et pseudo-hallucinatoire, etc... *Annales Médico-Psychologique*, 1932.

CLAUDE H., DUBLINEAU et RUBENOVITCH J. — Troubles psychiques de type mystique. Etat oniroïde et confusionnel, etc... *Annales Médico-Psychologique*, 1934.

CLAUDE H. et EY H. — Etats mentaux hallucinatoires et oniroïdes d'origine encéphalitique, *Encéphale*, 1933.

CLAUDE H. et EY H. — La mescaline, substance hallucinogène. *C. R. Soc. Biol.*, 1934, n° 8.

CLAUDE H. et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *Encéphale*, 1931.

CLOUSTON. — *Neurosis of development*, London.

CORMAN L. — *La constitution physique des Paralytiques Généraux*. Thèse, Paris, 1932.

CULLÈRE A. — *Traité pratique des maladies mentales*, Paris, 1890.

DELACROIX H. — *Etude d'Histoire et de Psychologie du Mysticisme*, Paris, 1908.

DELBRUCK. — Epileptisch und epileptoid. *Archief f. Psychiatrie*, 82, 1928.

DUCASTÉ M. — *De l'épilepsie consciente et maniaque et en particulier d'un de ses équivalents psychiques*, Thèse, Bordeaux, 1899.

DUMAS G. — Art. La pathologie mentale in *Traité de psychologie*, Paris, 1923.

DUPAIN J.-M. — *Etude clinique sur le délire religieux*, Thèse, Paris, 1888.

- ENCYCLOPEDIA BRITANNICA. — T. 15, London, 14 th. edition, 1929.
- ESQUIROL E. — *Maladies mentales*, Paris, 1858.
- FÉRÉ Ch. — *Les épilepsies et les épileptiques*, Paris, 1890.
- FRITZ-WITTELS. — The Psychologic contents of epilepsy. *Arch. of Neurology and Psychiatry*, Chicago, 1929.
- GARBAN L. — *Les déviations morbides du sentiment religieux à l'origine et au cours de la psychasthénie*, Thèse, Paris, 1911.
- GARCON M. et VINCHON J. — *Le Diable*, 1^{er} vol. Paris, Gallimard, 1926, 2^e édition.
- GELMA E. — Contribution à l'étude du diagnostic de l'état délirant. *Travaux de la clinique Psychiatrique de la F. M. de Strasbourg*, T. VII, 1929.
- GELMA E. — La limite de la croyance religieuse morbide. *Travaux de la clinique psychiatrique de la F. M., Strasbourg*, T. VII, 1929.
- GOLDBLADT H. — Ueber das religiöse Wesen der Epileptiker. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 116, Berlin, 1928.
- GRABERT H. — Die ekstatischen Erlewise der Mystiker und Psychopathen. *Beträge zur Philosophie und Psychologie*, Stuttgart, 1929.
- GRUHLE Hans W. — Swedenborg's Traüme. Ein Betrag zu Phaenomenologie seiner Mystik. *Psychol. Forschung.*, 1924.
- HARTENBERG. — Les mécanismes possibles des accidents épileptiques. *La Presse Médicale*, juin 1927.

- HENDERSON et GILLEPSIE. — *A text book of psychiatry*, Edinburgh, 1927.
- JAMES W. — *L'expérience religieuse. Essai de psychologie descriptive*, Paris, 1906.
- JANET P. — *De l'angoisse à l'extase*, Paris, 1926-1928.
- JASTROW M. — *The study of religion*, London, 1901.
- KLEIST K. — *Episodische Dämmerzustände*, Leipzig, 1926.
- KRAEPELIN E. — *Psychiatrie*, 8^e Auflage, Leipzig, 1920.
- KRAFFT-EBING R. de. — *Lehrbuch der Psychiatrie auf Klinischer Grundlage*, Stuttgart, 1879-1880.
- KRUGER C. — Contribution à l'étude de la folie religieuse. *Travaux de la Clinique Psychiatrique de la F. M. de Strasbourg*, T. III, 1924.
- LADAME Ch. — A propos de la « Folie Religieuse ». *Annales Médico-Psychol.*, janv. 1921.
- LALANDE A. — *Dictionnaire philosophique*.
- LEGRAIN. — *Du délire chez les dégénérés*, Thèse, Paris, 1886.
- LHERMITTE J. — Le mysticisme pathologique. *Sem. Hop. Paris*, juin 1931.
- LÉONHARD K. — Besonderheiten an halluzinatorisch Paranoïden Bildern nach epidemischer Encephalitis, *Zeitschrift für die Gesamte Neur. u. Psychol.*, 1932.
- LÉVY-VALENSI. — Les délires, in *Conférences de Clinique Psychiatrique élémentaire*, Paris, 1925.
- LÉVY-VALENSI. — Mysticisme morbide et sexualité. *Sem. Hop. Paris*, 1931.
- LÉVY-VALENSI. — *Précis de psychiâtrie*, Paris, 1926.

- LEUBA J. — *La psychologie des phénomènes religieux*, Paris, 1914.
- LEUBA J. — *Psychologie du mysticisme religieux*. Trad., 1925.
- LEURET. — *Fragments psychologiques sur la folie*, Paris, 1834.
- MAGNAN V. — *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, Paris, 1882-1893.
- MARCHAND L. — *Manuel de médecine mentale*, Paris, 1808.
- MIGNARD M. — La subduction mentale morbide. *Annales Médico-Psychol.*, mai 1924, T. I, n° 5.
- MINKOWSKA F. — La constitution épileptoïde et le trouble générateur de l'épilepsie essentielle. *L'évolution psychiatrique*, 1932.
- MINKOWSKA F. — Le problème de la constitution examiné à la lumière des recherches généalogiques et son rôle théorique et pratique. *L'évolution psychiatrique*, 1927.
- MINKOWSKA F. — Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères (en particulier à celui de l'épileptoïdie). *Annales Médico-Psychol.*, 1923.
- MOREL M. — *Etude clinique sur les maladies mentales*, Paris, 1851-1852.
- DE MORSIER G. — Le syndrome mystique. *Archives suisses de Neurol. et Psychiatrie*, 1933.
- MURISIER E. — *Les maladies du sentiment religieux*, Paris, 1909.
- NAGATY S. — *Contribution à l'étude de la folie religieuse*, Paris, 1886.
- PICARD J. — *Des actes automatiques de nature comitiale*, Thèse, Paris, 1927.

- RÉGIS E. — *Précis de psychiatrie*, 6^e éd., Paris, 1923.
- ROBIN Gilbert. — Constitution épileptoïde. *Gaz. méd. France*, 1931, n^o 21.
- ROBIN Gilbert. — *L'épilepsie chez l'enfant et les caractères épileptoïdes*, Paris, 1932.
- ROQUES DE FURSAC J. — *Manuel de psychiatrie*, 6^e éd., Paris, 1923.
- SEGLAS J. — Une amoureuse de prêtres. *Journal psychol. normale et patho.*, 1922.
- STARBRUCK E. D. — *The Psychology of religion*, London, 1901.
- TARGOWLA R. — Les délires polymorphes. *L'Encéphale*, 1926, n^o 1.
- TARGOWLA R. et DUBLINEAU J. — *L'intuition délirante*, Paris, 1931.
- THOULESS Th. — *Introduction to the psychology of religion*, Trad., 1923.
- VOISIN J. — *L'épilepsie*, Paris, 1897.
-

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	9
---------------------------	---

CHAPITRE PREMIER

<i>Généralités</i>	11
1. Définition et limites des délires mystiques.....	11
A. — Critères communs à tous les délires.....	14
B. — Critères particuliers aux délires mystiques.	15
2. Sémiologie	16

CHAPITRE II

<i>Les délires mystiques dans l'épilepsie</i>	18
1. Historique	18
A. — En France	18
B. — A l'étranger	20
2. Observations	22
A. — Délires mystiques chez les épileptiques avé- rés (Observations I à VII incluse)	23
B. — Délires mystiques avec état comitial fruste (Observation VIII).....	32
3. Les états mystiques religieux dans certaines for- mes frustes d'épilepsie ou chez les parents d'épi- leptiques	40
A. — Religiosité et constitution épileptoïde.....	41
B. — Délires d'allure mystique survenant dans des familles d'épileptiques (Observations IX et X)	45
4. Sémiologie générale et diagnostic des états mysti- ques de l'épilepsie.....	50

CHAPITRE III

<i>Pathogénie</i>	55
1. Pathogénie générale des délires mystiques	55
A. — Explication psychogénétique	56
B. — Explication organiciste (Observations XI à XIV incluse)	57
C. — Théorie mixte (Observation XV)	66
D. — Le terrain	70
2. Pathogénie des délires mystiques au cours de l'épilepsie	71
A. — Rôle du terrain	72
B. — Rôle des mécanismes psychogéniques	73
C. — Rôle des désordres psycho-organiques	74
D.— Conclusion	76
<i>Conclusions</i>	77
<i>Bibliographie</i>	79
